



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

GILCELE MARÍLIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PERNAMBUCO, BRASIL**

RECIFE

2020

GILCELE MARÍLIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Avaliação

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Dr. Eronildo Felisberto

Coorientadoras: Dra. Ana Coelho de Albuquerque
Dra. Isabella Chagas Samico

RECIFE

2020

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica BAB-021/2020
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

S586a Silva, Gilcele Marília da

Avaliação da implantação de um centro de atenção psicossocial em Pernambuco, Brasil / Gilcele Marília da Silva. Orientador: Eronildo Felisberto. Coorientadoras: Ana Coelho de Albuquerque; Isabella Chagas Samico – Recife: Do Autor, 2020.

117 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2020.

1. Competência mental. 2. Fenômenos psicológicos. 3. Administração em saúde. I. Felisberto, Eronildo: orientador II. Albuquerque, Ana Coelho de: coorientadora. III. Samico, Isabella Chagas: coorientadora. IV. Título.

CDD 616.89

GILCELE MARÍLIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Petrônio José de Lima Martelli - UFPE

Dra. Luciana Santos Dubeux - IMIP

Dr. Eronildo Felisberto - IMIP

Dedico esta Dissertação a todos os usuários que passaram pelo serviço do CAPS II Caminhos da Superação, pois foi através deles que fui sempre motivada a discutir a mudança do paradigma da assistência em saúde prestada ao portador de transtorno mental.

AGRADECIMENTOS

Apesar de ouvir falar sobre gratidão desde sempre, foi a pouco tempo que ela se tornou um exercício especial na minha vida. Muito mais do que, simplesmente, agradecer verbalmente ou através de gestos, aprendi a sentir gratidão e, conseqüentemente, a grandeza desse ato genuíno. Passei a sentir gratidão pela vida, por estar viva, por conviver com pessoas que, de alguma forma, contribuem com a minha trajetória e hoje finalizando mais uma etapa da minha vida, deixo aqui alguns registros que expressam a minha sincera gratidão.

Começarei agradecendo a essa força que me impulsiona, que me envolve me sustenta e me dá ânimo, a quem chamo de Deus, divino pai. Sou grata pelas coisas simples e pelas maiores que fazem diferença na minha vida. Por isso, quero seguir teus caminhos, pois somente eles representam paz, vida e felicidade.

Agradeço imensamente aos meus pais Gerson e Prazeres por todo o esforço investido na minha educação, além de todo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as minhas realizações.

Aos meus tios e tias e em especial (Tia Jane e Tia Zélia) que serviram de base na minha construção inicial da aprendizagem. E honrosamente agradeço aos meus Tios Gilson que é Psiquiatra e Givanildo que é Psicólogo e que se mostram muito orgulhosos com a minha trajetória profissional, sobretudo no que diz respeito à luta por políticas públicas de saúde e na defesa da Reforma Psiquiátrica.

A minha avó querida dona Severina (in memoriam) de onde veio boa parte do amor que há em mim.

Um agradecimento especial cheio de admiração, carinho e respeito a meu amigo Anderson Torreão que tanto esteve presente na minha construção profissional enquanto sanitarista, e que por muitas vezes me fez descobrir um mundo de possibilidades no

campo da Saúde Coletiva. Sempre me expondo a um novo desafio, assim como foi trilhar o caminho na Saúde Mental do município de Bezerros/PE. Gratidão meu Mestre, é uma alegria ser sua aluna.

Gratidão à primeira equipe do CAPS II de Bezerros que com muita dedicação ergueu o serviço e acreditou no modelo de atenção psicossocial, como uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida. Os meus sinceros agradecimentos a Emanuela (Terapeuta Ocupacional), Conceição (Psicóloga), Orlando (Psiquiatra), Patrícia (Psicopedagoga), Marilena (Enfermeira) e em especial a Jane (Assistente Social), coordenadora do CAPS e amiga querida na luta e militância pela Saúde Mental do município de Bezerros. Agradeço a cada um pelo esforço nesta jornada!

Agradeço com muito carinho a Wendel França, Secretário de Saúde de Bezerros no período da seleção do Mestrado, quem me viu crescer e construir cada etapa da minha vida profissional nesses 10 anos de trabalho no SUS. Gratidão por sempre me oportunizar a vivência de boas experiências e acreditar no meu potencial.

As minhas amigas do Mestrado, pelas trocas de ideias e ajuda mútua, juntas conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos. Um agradecimento especial a minha querida Arianna Falcão a quem tive a alegria de um convívio mais próximo. Obrigada pelos dias de drinks, café e muitas risadas calorosas.

Meus respeitosos agradecimentos ao corpo docente do IMIP e em especial a minha coorientadora Isabella Samico por compartilhar sua sabedoria, seu tempo e sua experiência para a elaboração da minha pesquisa.

E para fechar essa sessão, deixo um agradecimento muito especial a minha coorientadora a Professora Ana Coelho por toda orientação prestada, pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou em todos os momentos. Obrigada por

me manter motivada e por tudo que aprendi com você durante toda essa trajetória. Professores como você deixam marca eterna no nosso coração.

Assim, encerro mais uma etapa da minha vida acadêmica e na certeza de que todos os conhecimentos adquiridos neste Mestrado me trarão novas respostas e ampliarão minhas possibilidades nesse caminho da gestão do SUS.

Enquanto você se esforça pra ser um sujeito normal e fazer tudo igual. Eu do meu lado aprendendo a ser louco, um maluco total, na loucura real...”

(Raul Seixas)

RESUMO

Objetivo: avaliar a implantação do CAPS II de um município do estado de Pernambuco. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de análise de implantação, relacionando a variação do grau de implantação do CAPS sobre os efeitos observados. Elaborou-se modelo lógico da intervenção e matriz de indicadores e julgamento. Realizaram-se entrevistas individuais, observação direta e análise de registros e documentos. Foram considerados indicadores de estrutura e processo para análise do grau de implantação, sendo este relacionado aos indicadores de resultados. O GI total foi baseado no somatório de todos os indicadores. Ao final, adotou-se a seguinte classificação: implantado, quando alcançou percentuais que variaram de 80,0 a 100,0%; parcialmente implantado, de 60,0 a 79,9%; incipiente, de 40,0 a 59,9%; e não implantado, abaixo de 39,9%. **Resultados:** O serviço foi classificado como parcialmente implantado (74,4%), com grau de implantação de 68,0% na dimensão estrutura e de 80,9% na dimensão processo, classificadas como parcialmente implantado e implantado, respectivamente. Os componentes assistência à saúde e mobilização e educação na saúde foram considerados parcialmente implantados, enquanto o componente gestão foi considerado implantado. Os indicadores de resultado demonstraram coerência com o grau de implantação, especialmente em relação ao processo. Mesmo a estrutura do CAPS apresentando algumas deficiências, as mesmas não exerceram influência direta no alcance dos resultados. **Conclusões:** Concluiu-se que o CAPS é um equipamento importante para rede local, porém necessita superar desafios estruturais a fim de contribuir com a articulação estratégica da política de saúde mental do município, porém o fato de a estrutura do CAPS II de Bezerros ainda apresentar algumas deficiências, as mesmas não exerceram influência direta no alcance dos resultados.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the implementation of CAPS II in a municipality in the state of Pernambuco. **Methods:** It is an evaluative research, of implantation analysis, relating the variation of the degree of implantation of the CAPS on the observed effects. Logical model of intervention and matrix of indicators and judgment were elaborated. Individual interviews, direct observation and analysis of records and documents were carried out. Structure and process indicators were considered to analyse the degree of implementation, which is related to the result indicators. The total IG was based on the sum of indicators. In the end, the following classification was adopted: implanted, when it reached percentages ranging from 80,0 to 100%; partially implemented, from 60 to 79,9%; incipient, from 40 to 59,9%; and not implanted, below 39,9%. **Results:** The service was classified as partially implanted (74,4%), with a 68% implantation degree in the structure dimension and 80,9 in the process dimension, classified as partially implanted and implanted, respectively. The health care and mobilization and health education components were considered partially implemented, while the management component was considered implemented. The result indicators showed consistency with the degree of implementation, especially in relation to the process. Even though the CAPS structure has some deficiencies, they did not have a direct influence on the achievement of results. **Conclusions:** It was concluded that the CAPS is an important equipment for the local network, but it needs to overcome structural challenges in order to contribute to the strategic articulation of the municipality's mental health policy, however the fact the structure of CAPS II in Bezerros still presents some deficiencies, they did not directly influence the achievement of results.

Key words: Mental health. Mental health services. Health evaluation. Evaluation of health services.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

SUS – Sistema Único de Saúde

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

UBS - Unidades Básicas de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

CAPS AD - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

GI – Grau de Implantação

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

PTS – Projeto Terapêutico Singular

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

	Documentos técnicos utilizados como referência para a	
Quadro 1	construção do modelo lógico do CAPS II, Bezerros, Pernambuco, 2019	36
Figura 1	Modelo Lógico do CAPS II, Bezerros, Pernambuco, 2019.....	37
Quadro 2	Matriz de indicadores e julgamento, segundo componentes do CAPS II, Bezerros, Pernambuco, 2019	40
Quadro 3	Indicadores de resultado do CAPS, Bezerros, Pernambuco, 2018.	46
Tabela 1	Grau de Implantação (% e classificação) do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, segundo componentes, subcomponentes e dimensões de estrutura e processo. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019.....	63

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
IINTRODUÇÃO	17
1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a construção de um novo paradigma em saúde mental.....	19
1.2 - A rede de atenção psicossocial e o papel do CAPS	22
1.3 -Avaliação da atenção psicossocial e os desafios da avaliação em saúde	25
II JUSTIFICATIVA	31
III PERGUNTA AVALIATIVA	33
IV OBJETIVOS	34
4.1 Objetivo geral	34
4.2 Objetivo específicos	34
V MÉTODO	35
5.1 Desenho do estudo	35
5.2 Local do estudo.....	35
5.3Período do estudo	36
5.4 Construção do Modelo Lógico	36
5.5 Elaboração da matriz de julgamentos	37
5.6 Coleta de dados	37
5.7 Processamento e análise dos dados	48
5.8 Aspectos éticos	49
VI RESULTADOS	50
VII CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
VIII RECOMENDAÇÕES	80
IX REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
APÊNDICE1 – Instrumentos de coleta de dados	88
APÊNDICE 2 – Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido	107
ANEXO 1 – Carta de anuência	113
ANEXO 2 – Parecer do comitê de ética	114

APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação é requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) que se propõe a desenvolver atividades de formação e pesquisa no campo da gestão e da avaliação em saúde, na perspectiva de contribuição para o fortalecimento institucional e na melhoria do desempenho do sistema de saúde.

O CAPS II do município de Bezerros/PE foi implantado em 2015 e até então o serviço não dispõe de diretrizes técnicas voltadas a práticas de monitoramento e avaliação de um serviço substitutivo o que dificulta verificar em sua amplitude a efetivação da função de reabilitação psicossocial designada aos CAPS. Diante dessa necessidade enquanto gestora de saúde revolvi fazer o Mestrado em Avaliação em Saúde para que dessa forma pudesse construir habilidades e competência na avaliação de uma intervenção.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo geral: avaliar a implantação do CAPS II do município de Bezerros/PE. Para isso foi estimado o grau de implantação do serviço (estrutura e processo), analisado os indicadores de efeitos do serviço e ao final comparado o resultado da análise de implantação com os indicadores de efeito.

A introdução descreve a epidemiologia dos transtornos mentais, além de retratar o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que foi contemporânea ao movimento sanitário em favor da mudança dos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde mental e que apresenta a desinstitucionalização como princípio de reversão do modelo manicomial. Além disso, aborda a Política de Saúde Mental vigente e o papel

do CAPS como um dos dispositivos estratégicos mais eficientes no modelo de atenção psicossocial.

Na justificativa se esclarece a necessidade e a importância da avaliação no campo da atenção psicossocial que poderá contribuir para que essa prática seja incorporada ao serviço e com isso proporcionará qualificação da assistência prestada ao usuário portador de transtorno mental grave com vistas às diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial.

Nas demais sessões encontram-se: os objetivos, os resultados e a discussão que serão apresentados em formato de artigo a ser submetido à revista científica Saúde em Debate; as considerações finais; as referências; os apêndices e os anexos.

I. INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, submetendo-as ao risco de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida, além de elevados custos.¹Dados do Ministério da Saúde apontam que 3% da população geral brasileira sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual.²A trajetória da assistência psiquiátrica está vinculada à internação de pacientes em manicômios, num processo de exclusão e alienação.No entanto, essa realidade vem passando, desde o final da década de 1960, por um movimento de reestruturação dos saberes e de suas práticas que culminaram, na década de 1970, na Reforma Psiquiátrica.³

A Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar mediante a implementação dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais serviços funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais que as pessoas frequentam: igrejas, terreiros, lojas, escolas, polícia, unidades de saúde.⁴

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são espaços de construção contínua de um novo fazer, no qual se privilegia o sujeito com sofrimento e não a doença em si. A equipe multiprofissional dos CAPS deve direcionar suas intervenções no sentido de buscar reabilitar o indivíduo reintegrando-o na sua família e comunidade. Além disso,

possui as seguintes atribuições: responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, supervisionar as equipes de atenção básica, entre outras.⁵

Segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS II possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, devendo funcionar os dois turnos durante cinco dias na semana. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família e atividades comunitárias, focando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Tais atividades desenvolvidas são coerentes com o paradigma no qual se fundamenta a Reforma Psiquiátrica.⁶

As marcas históricas da assistência em saúde mental do município de Bezerros, Pernambuco, acompanham a tendência hegemônica dos municípios de pequeno porte do Brasil. Foi com a implantação do CAPS II, em 2015, que se iniciou o processo de articulação estratégica da Política Municipal de Saúde Mental, sendo um dispositivo importante da RAPS.

No contexto da Reforma Psiquiátrica velhos e novos obstáculos emergem, a exemplo da reprodução de práticas manicomiais nos serviços substitutivos. A proposta de estudos avaliativos torna-se pertinente e atual frente aos obstáculos apresentados. Bessa e colaboradores⁷, avaliando a assistência de saúde mental em um CAPS do interior do Brasil, observaram que há fragilidades importantes na condução terapêutica do serviço em três domínios que foram pesquisados: processo/atividades terapêuticas; processo/gestão do cuidado e atividades comunitárias ou externas ao CAPS. A variação de carga horária dos profissionais parece impactar negativamente na assistência, além

de fatores como o modelo de atenção centrado na doença, o qual dificulta a autonomia dos usuários.⁷

Além disso, avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de buscar proporcionar condições mais humanizadas, visando a qualidade da assistência. Ademais, o exame das práticas de saúde constitui-se em ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial.

1.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira e a construção de um novo paradigma em saúde mental

A Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporânea do movimento sanitário em favor da mudança dos modelos de atenção e de gestão nas práticas de saúde, com a equidade na oferta dos serviços e a participação dos trabalhadores e usuários, nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Para tanto, apresenta a desinstitucionalização como princípio de reversão do modelo manicomial, dividindo-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, a partir de 1992 até os dias atuais, destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares.^{8,9}

Inspirada na proposta de desinstitucionalização italiana, o movimento brasileiro imprimiu críticas radicais ao saber-poder da medicina, às práticas medicalizantes e segregadoras e aos signos que sustentavam a loucura como doença ou desvio. A doença

deixou de ser foco, passando à “existência-sofrimento”, direcionando-se ações para a produção de vidas, pautadas na singularidade, integralidade e intersetorialidade.^{10,11}

Bezerra (2007) afirma que o processo da Reforma Psiquiátrica não é apenas um complexo processo que busca desfazer o aparato e a cultura manicomial que ainda se mantém hegemônica, mas, sobretudo construir uma nova maneira de olhar e lidar com o sujeito louco, como aquele que pensa, sofre, sonha, sente e deseja estar na vida. Segundo esse autor, a desconstrução do manicômio implica necessariamente em reinventar não só a psiquiatria e suas práticas médicas e sociais, mas, sobretudo, reinventar a própria sociedade em que vivemos, configurando assim um processo amplo, complexo e conjuntural.¹²

A partir da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas, foi decidido convocar conferências específicas, dentre as quais a de Saúde Mental. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1987, no entanto, ocorreu após muitas dificuldades na medida em que, paradoxalmente, o setor de saúde mental do Ministério da Saúde era desfavorável às ideias reformadoras e mesmo à participação social na construção das políticas públicas. Desse modo a CNSM, foi considerada um marco no processo da Reforma no Brasil, uma vez que levantou questões importantes para a construção de um novo paradigma de saúde mental.^{13,14}

Em meio a esse cenário de mudança social e de uma nova concepção da psiquiatria, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional que fosse pautada nos direitos humanos, na liberdade, em métodos mais modernos de tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental, baseada em seu território. Assim, a Lei Federal nº 10.216,

aprovada em 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, com financiamento e regulação tripartite e embasado nos preceitos da atenção psicossocial.¹⁵

A atenção psicossocial é compreendida como um processo que busca a autonomia do indivíduo a partir do desenvolvimento de sua cidadania e participação política e integração ao território, além da horizontalização das relações profissionais intra e interinstitucionais. Esta noção desloca o louco da condição de "doente mental" e, como consequência, pressupõe uma intervenção em que o foco principal não é apenas a remissão sintomatológica. A ênfase no sujeito traz em seu bojo diversos aspectos da problemática do seu cotidiano, gerando a demanda por uma assistência que ultrapasse os limites do serviço. Para além das questões de saúde, a dimensão social se insere na agenda do novo paradigma.¹⁶

No plano micropolítico da Reforma Psiquiátrica, observam-se dificuldades quanto à ruptura de práticas profissionais que afirmam a objetificação do portador de sofrimento psíquico, a supressão do sintoma, os especialismos, a demanda por internação, a não continuidade do cuidado, a ambulatorização da assistência, enfim, processos de trabalho que acabam mantendo a cultura manicomial vigorosa.¹⁷

De acordo com as contribuições de Vasconcelos (2010), os principais desafios no campo da saúde mental e da atenção psicossocial na atual conjuntura estão concentrados em campos específicos como: a atenção à crise; atenção a indivíduos sem vínculos sociais e com uso abusivo de drogas; violência social, catástrofes, atenção aos transtornos psiquiátricos menores e suporte aos familiares e suas demandas específicas.¹⁸

O plano assistencial necessita de formas inovadoras de organização da atenção, além de modelos de cuidado e intervenção que estejam conectados aos novos dispositivos de saúde mental. Não devemos pensar sobre as noções de rede e território apenas como um conjunto de serviços de uma determinada localidade geográfica, e sim, compreendê-los como lugar de vida social e subjetiva que articulados são capazes de produzir o cuidado em saúde.¹²

Ao longo dos últimos trinta anos, o campo da saúde mental obteve grandes avanços, como a aprovação de uma ampla legislação voltada para os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, assim como ampla divulgação de ações e estratégias que a política de saúde mental vem desenvolvendo nos serviços e dispositivos substitutivos ao manicômio em várias regiões dos país. O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avançou significativamente no investimento da desinstitucionalização. Porém, ainda se faz necessário ações e estratégias de mobilização social e política que possa fomentar esse processo no país.¹⁹

1.2 A Rede de Atenção Psicossocial e o papel do CAPS

A estruturação da rede de atenção em saúde mental é fundamental no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da rede de atenção em saúde mental, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade.²⁰ Os serviços substitutivos são entendidos como um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais sob a ótica de integração das várias dimensões da vida do indivíduo,

considerando diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação).²¹

A RAPS adota como princípios de sua inserção a ética, o respeito aos direitos de cidadania, o combate aos estigmas e preconceitos, o acesso e a qualificação das ofertas e ampliação das modalidades de ações e serviços. Ancora-se na perspectiva de construir serviços diferentes, que atendam pessoas com diferentes necessidades, e está pactuada em quatro eixos: ampliação do acesso, qualificação da rede, ações intersetoriais para reinserção social, reabilitação, prevenção e redução de danos.²² Foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 3088, de 21 de dezembro de 2011, com o objetivo de promover a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou usuárias de drogas. A RAPS é constituída por níveis de atenção e dispositivos como: CAPS; Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), consultórios na rua, residências terapêuticas unidades de acolhimento, dentre outros.²³

Para Alves²⁴, um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial são os CAPS. Por serem comunitários, esses serviços estão inseridos em determinada cultura, num território definido, com dificuldades, problemas e potencialidades.²⁴ São *lócus* onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais. São serviços destinados a articular as ações de saúde mental em rede e junto à atenção básica (Estratégia Saúde da Família), ambulatorios, leitos de internação em hospitais gerais e ações de suporte e reabilitação psicossocial.²⁵

Na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, os CAPS se diferenciam entre si, de acordo com a clientela atendida (transtornos mentais, álcool e outras drogas,

e infanto-juvenil), sendo classificados por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional. São classificados em CAPS I, II, III, CAPS AD (álcool e drogas), CAPS AD III e CAPS infantil. É estabelecido que os CAPS devem prestar como assistência ao usuário de seus serviços: atendimento individual e grupal, atendimento por oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social, comunitário e familiar.²⁶

Desse modo, os CAPS propõem desenvolver um projeto terapêutico individualizado que tenha como objetivos o tratamento e a reabilitação psicossocial, e o trabalho deve estar em consonância com questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários. Por isso, esse projeto deve desenvolver-se inserido em uma clínica ampliada e centrada no sujeito, além disso, deve alinhar-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada.²⁵

Avançando gradativamente em cada região, a implantação e funcionamento da RAPS perpassa muitos desafios, como a construção e formação de novos perfis profissionais, foco no trabalho e ensino interprofissional que estejam articulados a política de saúde mental vigente.²² Além dos problemas de comunicação e articulação com a rede de saúde como um todo e a falta de trabalho articulado com a comunidade, à incompreensão do papel do CAPS na rede de atenção, tanto pelos profissionais envolvidos com a rede, quanto pelo usuário, parece também ser uma questão que ocasiona encaminhamentos equivocados e implicam grande demanda de atendimentos que não deveriam ser dirigidos para esse serviço¹⁶.

Apesar de sua proposta assistencial, ainda predomina a reprodução de modelos.^{27,28,29} Com isso, o cuidado se torna fragmentado, havendo apenas uma relação pontual entre profissional/usuário, reafirmando a lógica ambulatorial que se propõe ultrapassar²⁷. Essa lógica remete à produção de novas cronicidades aos usuários, o que revela que ainda não se rompeu totalmente com o modelo manicomial. Como aponta Amarante, apesar dos incontestáveis avanços conquistados, nós nos situamos diante de um cenário em que os objetivos eticamente orientados para a abolição dos tratamentos de cunho manicomial estão longe de serem alcançados em sua plenitude.

1.3 – Avaliação da atenção psicossocial e os desafios da avaliação em saúde

Na saúde pública, a avaliação tem como principal propósito dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, favorecendo a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e possibilitando a mensuração do impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população.³⁰

A avaliação é um processo importante para o planejamento estratégico à medida que permite a formulação de juízos com o objetivo de chegar a conclusões fundamentadas que subsidiem ações futuras. Contudo, somente justifica-se quando permite uma retroalimentação dos processos em curso, a fim de corrigir, sanar ou evitar eventuais erros, estabelecendo estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada.³¹

A admissão de que avaliar significa, em última instância, emitir juízo de valor, ainda que seja um aspecto importante, necessita ser acompanhada de uma ampliação e diversificação dos eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos. Torna-se necessário, portanto, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou serviço.³²

Para Pitta e colaboradores³³ a avaliação da atenção psicossocial introduz algumas especificidades a esta área, na medida em que indicadores tradicionais como extensão de cobertura, número de consultas ou procedimentos laboratoriais isoladamente não informam a boa ou má qualidade dos serviços. É preciso apropriar-se das discussões que perpassam a avaliação em saúde mental, refletindo sobre os desafios e possibilidades na produção de conhecimento neste campo.³³

É imperativo considerar a associação de indicadores objetivos e fenômenos subjetivos, combinando diferentes técnicas e métodos que captem realidades em constante movimento, possibilitem processos de transformação coletiva e sejam capazes de produzir informações coerentes para os sujeitos envolvidos. A junção de métodos qualitativos e quantitativos, com atores dos vários grupos de interesse, representa um caminho para as políticas brasileiras em saúde mental baseadas em evidências.^{25,34,35}

Avaliar sistemática e amplamente os resultados advindos desse processo de reforma assistencial em saúde mental torna-se importante no sentido de reforçar os acertos e corrigir as deficiências, bem como para subsidiar novos processos decisórios na política de saúde mental. Fazer isso por meio de pesquisas avaliativas em saúde, que sigam minimamente os padrões esperados de utilidade (fornecerem dados relevantes e

necessários) e acurácia (serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados), além de terem exequibilidade e condução ética, parece ser o melhor caminho³⁶.

Existe amplo consenso quanto à ideia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas, no sentido de readaptar os conhecimentos em função do saber fornecido, fazendo parte da rotina. Essa ideia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas.³⁴

Um estudo de revisão sistemática publicado em 2014 mostra a cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil de 2004 a 2013. O serviço mais estudado (isoladamente ou em conjunto com outros) foi o CAPS (52,4%), o que condiz com a importância desse equipamento na reforma da assistência. Os estados mais mencionados nos artigos são os das regiões Sul e Sudeste no país, particularmente Rio Grande do Sul e São Paulo. Na tentativa de apresentar um panorama, os resultados apresentados pelos artigos levantados foram divididos em cinco categorias, em parte, sugeridas pelos próprios títulos dos trabalhos: dados nacionais; práticas; indicadores avaliativos, perspectiva do trabalhador; e perspectiva de usuários e familiares.³⁷

Considerando essa mesma pesquisa, os resultados mostraram que a maior parte dos estudos realizados em CAPS, a avaliação voltou-se com frequência para o cotidiano do serviço e não sobre intervenções específicas. Porém, as práticas, sejam elas organizacionais ou clínicas que compõem esses cotidianos, são descritas muito mais em termos éticos do que técnicos.³⁷

Referente à perspectiva dos indicadores avaliativos do CAPS, em boa parte dos estudos dá-se maior ênfase ao processo de avaliação, com a construção coletiva de indicadores mediante interação e negociação entre grupos de interesse, e menor ênfase aos resultados da avaliação.^{38,39} Os parâmetros de julgamento utilizados são menos explícitos e o julgamento sobre o grau de adequação dos serviços, práticas e intervenções aos princípios da Reforma Psiquiátrica baseia-se, frequentemente, na perspectiva de atores envolvidos no cotidiano dos serviços.⁴⁰

Diante desse contexto, entende-se que a pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação permite delimitar os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção. Dessa forma pode ser uma estratégia para o monitoramento, contribuindo para prestar contas às autoridades, permitindo influenciar a tomada de decisão, retroalimentações e produzindo informações para julgamentos com maior validade. (avaliação dos processos).⁴¹

Considerando os tipos distintos da análise de implantação, tem-se a classificada como “tipo 2” que relaciona as variações da implementação de uma intervenção com os efeitos observados. Com esta tipologia é possível distinguir os componentes de uma intervenção suscetíveis de facilitar o alcance dos resultados esperados. Ainda mais, em função da extensão da implantação da intervenção, pode ser possível definir os níveis mínimos de atividades em vista do alcance de certos objetivos de resultados.⁴²

De modo geral, esse componente da análise da implantação busca analisar a influência do grau de implantação da intervenção. Considerando a reformulação do modelo de atenção, esse tipo de estratégia de avaliação faz-se necessária para acompanhar a implantação dos novos serviços substitutivos, bem como suas funcionalidades. A expansão da rede de CAPS tem potencial para impactar as realidades

locais, configurando-se como um dos equipamentos centrais na implantação do sistema local de saúde mental.

Decorrente da própria definição, a avaliação implica em julgamento sobre uma prática social, incluindo as intervenções formalizadas em planos e programas. Independentemente do reconhecimento da cultura e dos valores dos sujeitos como um elemento constitutivo da avaliação, esse elemento determina o modo e as consequências do fazer e receber críticas. Nesse sentido, as tensões vivenciadas na gestão de serviços de saúde geram questionamentos em relação ao “para que avaliar”, “o que avaliar”, “como avaliar”, “quem deve avaliar”.^{41,43}

Embora a quarta geração da avaliação tenha incluído o pluralismo de valores no “o quê avaliar”, este ainda é um dos maiores desafios, uma vez que afeta diretamente a concentração de poder daqueles que, convencionalmente, definem o que deve ser avaliado e o fazem segundo seus próprios valores e interesses. A tensão entre diferentes grupos de interesse somente se expressa se todos os sujeitos envolvidos são considerados e se consideram legítimos, independentemente de seus valores ou inserção social.⁴⁴

Não se pode deixar de destacar que a avaliação é, na maioria das vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo, dos profissionais do programa ou serviço e dos parceiros institucionais e comunitários. O caráter político das práticas avaliativas é inegável e o afloramento de jogos de poder onde estas se realizam é frequente, o que requer do avaliador atenção constante de modo a evitar cumplicidades de diversas ordens ou que se venha a sucumbir a pressões políticas e administrativas. O trabalho do avaliador dentro dos sistemas de saúde não deve se

limitar à execução de tarefas definidas por grupos particulares, mas nuançar ao máximo possível a diversidade que envolve o programa ou serviço avaliado.⁴⁵

Furtado⁴⁶ faz importante análise ao afirmar que o controle do processo avaliativo por parte dos grupos de interesse, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, os dados e construções daí originados, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços deveriam se tornar diretrizes destinadas a contribuir para a ampliação do papel até agora restrito que o campo da avaliação tem desempenhado dentro do SUS. Além também de contribuir para a capacitação e desenvolvimento de todos os grupos implicados com o sistema público de saúde brasileiro.

Para Hartz⁴⁷, institucionalizar a avaliação exige a definição de uma política para avaliar políticas que apresente um mínimo de diretrizes relativas aos propósitos e recursos atribuídos à avaliação. Estão entre estas diretrizes a estrutura: a localização e abordagens metodológicas das instâncias de avaliação; a prática: as relações estabelecidas com a gestão; e a tomada de decisões – utilização. Ter a avaliação instituída na estrutura da política, entretanto, requer alguma cautela em razão das inúmeras transformações que as intenções, diretrizes e normas que orientam a política sofrem ao serem implantadas no âmbito federal, estadual e municipal de gestão do sistema.

II. JUSTIFICATIVA

Apesar da história recente dos serviços substitutivos no país, a necessidade de desenvolver processos avaliativos tornou-se um imperativo tanto para a superação de modelos tradicionais, incapazes de estabelecer fluxos entre a implementação de determinadas políticas ou programas e seus resultados, quanto para o controle e participação da sociedade civil organizada.

A implementação e a consolidação do modelo psicossocial no cenário brasileiro acontecem de forma lenta, visto que implica no repensar de um fazer que orientou por muitos anos a tradicional assistência psiquiátrica. A avaliação de uma nova estratégia de serviço de saúde é necessária, tanto para aferir a qualidade da atenção à saúde ofertada, quanto para visualizar as potencialidades e fragilidades.

A pesquisa avaliativa nesse cenário deve possibilitar a inclusão de diferentes opiniões e valores dos envolvidos com os novos serviços. Deve, também, viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação e, principalmente, “empoderar” os atores sociais envolvidos (trabalhadores e usuários), possibilitando que se apropriem dos conhecimentos ligados à realização de um processo avaliativo.

Considerando que os parâmetros avaliativos disponíveis no campo da atenção psicossocial são insuficientes, principalmente em relação a indicadores produzidos no interior dos serviços que reflitam o seu cotidiano, a proposta de avaliar o grau de implantação do serviço do CAPS II do município de Bezerros/PE contribuirá para que essa prática seja incorporada ao serviço, bem como o exame do processo de trabalho proporcionará a qualificação da assistência prestada ao usuário portador de transtorno

mental grave com vistas às diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial.

III. PERGUNTA AVALIATIVA

A estrutura e o processo de trabalho desenvolvido no CAPS II influenciam para alcançar os efeitos propostos para um serviço substitutivo de reabilitação psicossocial?

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Bezerros, Pernambuco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar o grau de implantação (estrutura e processo de trabalho) do CAPS II de Bezerros-PE.
- Identificar e analisar os indicadores de efeitos do CAPS II de Bezerros-PE.
- Analisar a influência da variação na implantação (grau de implantação) sobre os efeitos observados.

V. MÉTODO

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 2, a qual relaciona a influência da variação do grau de implantação sobre os resultados observados⁴². Com isso, buscou-se fazer um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos. A estratégia de investigação utilizada foi o estudo de caso único.

5.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial II do município de Bezerros/PE. O serviço foi implantado no mês de fevereiro de 2015 e atualmente possui 110 usuários admitidos. Funciona 8 horas diárias em dois turnos por dia, os cinco dias úteis da semana.

Os usuários a serem admitidos no CAPS II são preferencialmente pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes. São eles: usuários com transtornos graves do comportamento, indivíduos de primeira crise, de constantes reinternações, psicóticos senis sem sintomatologia demencial, neuróticos graves, oligofrênicos leves com instabilidade na conduta social e ou sintomatologia psiquiátrica aguda, e usuários com transtorno mental devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Esses são identificados durante o acolhimento que acontece diariamente no serviço, momento em que é estabelecido o primeiro contato do paciente com a equipe, após a chegada deste ao serviço. É nessa ocasião em que são coletados dados e informações gerais (relatadas por ele, pela família ou responsável), observando seu comportamento e identificando a necessidade do mesmo para admissão no serviço ou

para encaminhamento a outro serviço da rede de saúde, caso não corresponda à demanda da instituição.

A prática terapêutica do serviço do CAPS II consta de acolhimento e assistência ao indivíduo e seus familiares, partindo de uma atenção interdisciplinar, onde a escuta e a compreensão do sofrimento psíquico devem orientar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular. A orientação da equipe deve ser no sentido de assegurar os direitos do usuário e seus familiares, enfatizando sua autonomia frente ao tratamento, bem como, na condição de suas vidas e perspectivas futuras e incentivo à aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades produtivas que possam favorecer a inserção ou reinserção no mercado de trabalho e na família.

5.3 Período do estudo

O período de estudo foi de janeiro a dezembro de 2019 e o período de referência utilizado para os indicadores de resultados foi o ano de 2018, por serem os mais recentemente disponíveis.

5.4 Construção do Modelo Lógico do CAPS II

Para explicitar a intervenção avaliada, delineou-se o modelo lógico a partir da tríade estrutura-processo-resultado Donabedian⁴⁸, considerando-se três componentes: assistência à saúde, gestão do CAPS e mobilização social e educação na saúde. A modelização expõe como os componentes se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os resultados⁴¹. Para explicar a organização do CAPS II do município de Bezerras, uma primeira versão do modelo lógico foi elaborado tomando como referência os documentos e legislações dispostos no Quadro 1.

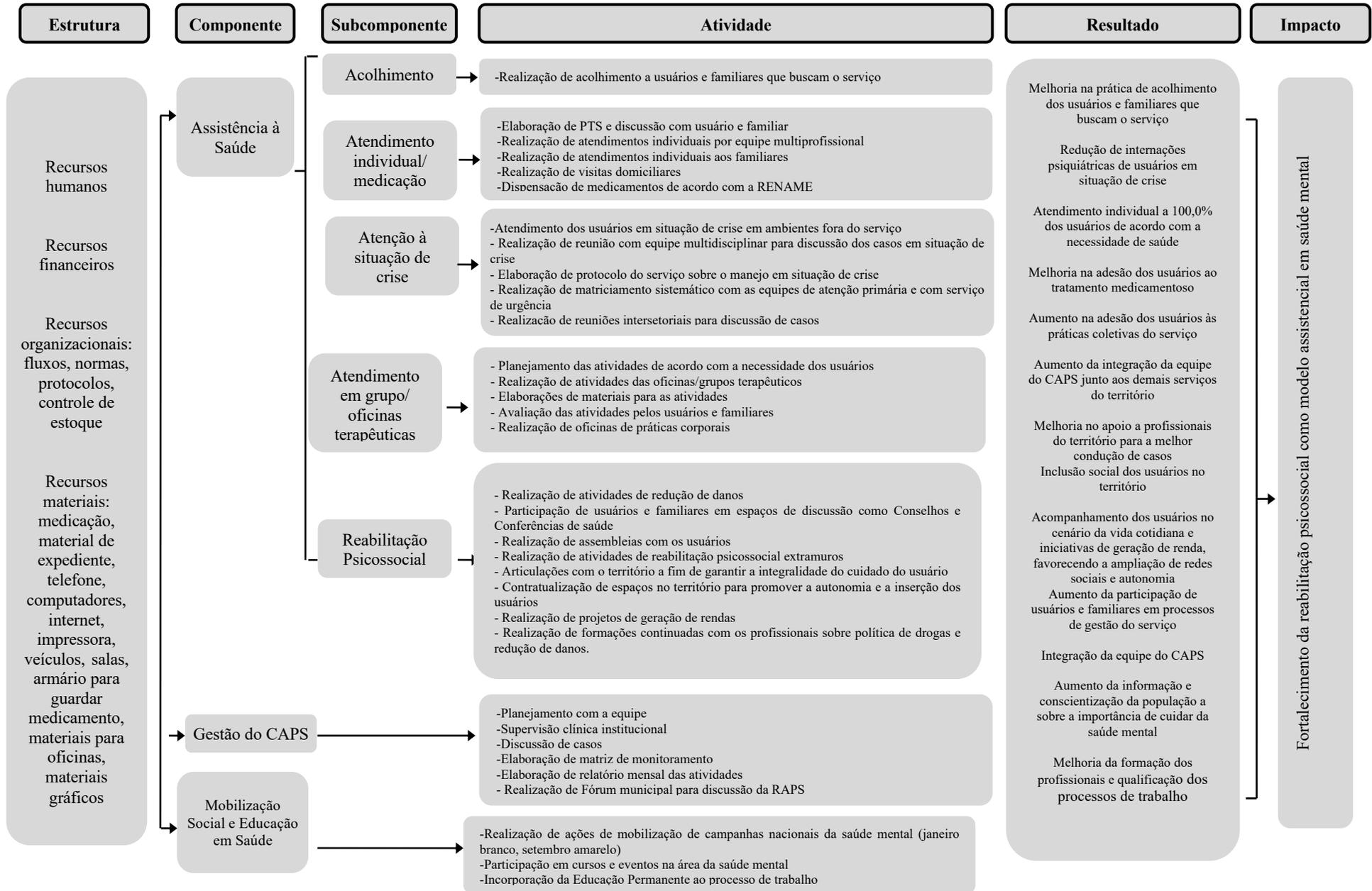
Quadro 1 – Documentos técnicos utilizados como referência para a construção do modelo lógico do CAPS II, Bezerros, Pernambuco, 2019

Documento	Dispõe sobre
BRASIL, 2013 - Secretaria de Atenção à Saúde	Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios
BRASIL, 2011 - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva	Guia prático de matriciamento em saúde mental
BRASIL, 2014 – Universidade Federal de Santa Catarina	Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado
Portaria nº 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017	Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; UA – Unidade de Acolhimento
Elaboração: próprios autores

O modelo inicialmente proposto foi submetido à análise por *experts* em saúde mental (n=06) e avaliação em saúde (n=02), os quais receberam por meio eletrônico a versão preliminar e puderam acrescentar ou suprimir informações que consideraram necessárias. O processo aconteceu em duas rodadas e o modelo foi considerado finalizado quando os especialistas não tiveram mais alterações a fazer (Figura 1).

Figura 1 – Modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019



5.5 Elaboração da matriz de indicadores e julgamento

No campo da avaliação em saúde as matrizes são utilizadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízos de valor. Ela é utilizada para verificar se o programa está sendo implantado conforme previsto, nas diferentes instâncias planejadas e a que custo.⁴⁹ Desta forma, elaborou-se a matriz de indicadores e os critérios de julgamento com base no modelo lógico, a qual também foi submetida à análise pelos especialistas supracitados. Nela encontram-se, por componente (e subcomponente), a pontuação e a fonte de cada indicador (Quadro 2).

Na seleção dos indicadores considerou-se a relevância, a disponibilidade e a facilidade de obtenção, dividindo-se entre eles a pontuação de cada componente. Na definição dos critérios de julgamento, utilizaram-se os parâmetros instituídos nos instrumentos legais e/ou em estudos científicos e, quando inexistentes, foram criados em consonância com a rotina do serviço.

O Quadro 2 explicita a matriz dos 77 indicadores por componentes, 44 na dimensão ‘estrutura’ e 33 na dimensão ‘processo’, com seus respectivos critérios de julgamento. A partir dos indicadores selecionados, elaborou-se o instrumento para coleta de dados.

5.6 Coleta de dados

Com o modelo lógico e a matriz finalizados, passou-se à coleta dos dados primários e secundários no município. Para obtenção dos dados primários foram utilizadas técnicas de observação direta e entrevistas por meio de questionário

semiestruturado, respondido por 07 profissionais (01 - Psicóloga, 02 - Assistentes Sociais, 01 - Terapeuta Ocupacional, 01 - Psicopedagoga, 01 - Psiquiatra e 01 Coordenador do serviço). Foram incluídos na pesquisa os profissionais que estivessem trabalhando no serviço há pelo menos um ano. Além disso, realizou-se a análise de documentos, tais como livros de registros de atividades de grupos terapêuticos, de matriciamento, de reuniões de equipe, dentre outros. Também foram utilizados dados secundários extraídos do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. A triangulação das informações foi adotada como uma estratégia capaz de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação⁵⁰. Essa fase da coleta aconteceu durante o período de janeiro a maio de 2019.

Para o cálculo do indicador de satisfação do usuário, foi utilizado um questionário estruturado, aplicado a uma amostra intencional de 33 usuários admitidos no serviço, os quais apresentassem um quadro estável para responder aos questionamentos, que fossem acompanhados no CAPS há pelo menos 1 mês e que tivessem participação regular nas atividades ofertadas no serviço. Quando os usuários não apresentavam esses critérios eram excluídos da amostra. Foram realizadas 03 visitas pelos pesquisadores ao serviço no mês dezembro de 2019 para fins da pesquisa.

Por fim, imbricou-se o GI com os indicadores de resultados, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do CAPS, para a identificação de elementos que exerceram influência no alcance dos resultados.

Quadro 2 – Matriz de indicadores e julgamento, segundo componentes do CAPS II, Bezerros, Pernambuco, 2019

Dimensão	Indicador	Pontuação	Fonte
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Ficha que direcione a elaboração do PTS	Sim = 0,5/ Não = 0	Observação in loco
	Transporte acessível para realização de intervenções no território	Sim e disponível em todos os momentos = 1,5/ Sim, mas sempre agendado com antecedência = 1,0 / Não = 0,0	EIC
	Medicamentos disponíveis para dispensação aos usuários de acordo com a RENAME	90 a 80,0% = 2,0/ 79,9 a 60,0% = 1,0/ 59,9 a 30,0% = 0,5 / < 30,0% = 0,0	Observação in loco
	Sistema de estoque e dispensação de medicamentos no CAPS	Sim e atualizado= 1,0/ Sim, mas não atualizado= 0,5 Não = 0,0	Observação in loco
	Local para guardar prontuários dos pacientes em boas condições de uso	Sim, em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	Observação in loco
	Armários para guardar os medicamentos	Sim e em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	Observação in loco
	Sala para dispensação de medicamentos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Presença de sinalização nas salas que facilite o acesso	Sim = 0,5/ Não = 0,0	Observação in loco
	Sala para atendimento individual	2 a 3 salas = 1,0 / 1 sala = 0,5 / Não tem sala = 0,0	Observação in loco
Processo	Elaboração de PTS e discussão com usuário e familiar	Sim, na maior parte das vezes = 2,0 / Sim, na menor parte das vezes= 1,5/ Não = 0,0	EIC, análise de prontuários
	Nº de atendimentos individuais realizados por equipe multiprofissional	30 ou mais = 2,0 / 20 a 29 = 1,5/ 10 a 19 = 1,0/ ≤ 9 = 0,0	Análise de relatórios
	Nº de atendimentos individual a familiares realizados	20 ou mais = 2,0 / 15 a 19 = 1,5/ 10 a 14 = 1,0/ 5 a 9 = 0,5 / ≤ 4 = 0,0	Análise de relatórios
	Nº de atendimentos médico realizados	50 ou mais = 2,0 / 30 a 49 = 1,0 / 10 a 29 = 0,5 /	Análise de

Dimensão	Indicador	Pontuação	Fonte
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atenção à situação de crise			
Processo	Realização de matriciamento sistemático com serviço de urgência	Sim = 2 / Não = 0	EIC, análise de relatórios
	Realização de matriciamento sistemático com atenção primária	Sim = 2 / Não = 0	EIC, análise de relatórios
	Existência de Fórum municipal para discussão da RAPS	Sim = 2,0/ Não = 0	EIC, análise de relatórios
Processo	Realização no serviço do manejo do usuário em situação de crise sem uso de leito de internação	Sim, na menor parte das vezes = 2,0/ Sim, na maior parte das vezes = 1,5 / Nenhuma crise é acolhida sem uso de internação = 0	EIC
	Realização de atendimento dos usuários em situação de crise em ambientes fora do serviço do CAPS	Sim, com frequência = 2,0/ Sim, mas com pouca frequência = 1,5 / Não = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Realização de discussão de caso dos usuários em situação de crise	Sim com frequência = 2,0/ Sim com menos frequência=1,5/ Não =0,0	EIC, análise de livro de registro de reuniões

	Nº de reuniões intersetoriais realizadas	Sim com frequência = 2,0 / Sim com menos frequência=1,5/ Não realiza = 0	EIC, análise de relatórios
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento em grupo/oficinas terapêuticas			
Estrutura	Espaço físico para realização dos grupos terapêuticos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Existência de registro de planejamento das atividades em grupo	Sim = 0,5/ Não = 0,0	Observação in loco
	Livro de registro das atividades em grupo	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Existência de registro das avaliações das atividades em grupo pelos usuários	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Mesa para a realização das oficinas	Sim = 0,5/ Não = 0,0	Observação in loco
	Materiais para a realização das oficinas	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Existência de espaço para refeitório	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Refeições e lanche para os usuários admitidos no serviço	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Existência de cozinha	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Existência de espaço de convivência	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
Processo	Nº de grupos terapêuticos realizados mensalmente	15 = 2,0/ 8 a 14 = 1,5/ 4 a 7 = 1,0 / < 4 = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de oficinas terapêuticas realizadas	4 /mês= 2,0/ 2 a 3/mês = 1,0 / 1 a 2/mês= 0,5/ não realiza = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de oficinas de práticas corporais realizadas	4 = 2,0/ 2 a 3 = 1,0 / 1 a 2 = 0,5/ não realiza = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de atividades de grupo familiar realizados	4 = 2,0/ 2 a 3 = 1,0 / < 2 = 0,5/ nenhum grupo = 0,0	EIC, análise de livro das atividades em grupo

Dimensão	Indicador	Pontuação	Fonte
Componente: Assistência a Saúde			
Subcomponente: Reabilitação Psicossocial			
Estrutura	Transporte coletivo para traslado dos usuários para as atividades extramuros realizadas no serviço	Sim na maior parte das vezes = 1,0 / às vezes = 0,5/ Não = 0,0	EIC
	Alimentação (lanche) a ser oferecida aos usuários durante as atividades extramuros	Sim = 0,5 / Não = 0,0	EIC
	Recurso financeiro para formação continuada sobre a política de drogas e redução de danos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	EIC
Processo	Realização de atividades de redução de danos na reabilitação psicossocial	Sim = 1,0/ Não = 0,0	EIC
	Participação de usuários e familiares em espaços de discussão, tais como conselhos e conferências	Sim= 2,0/ Não = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de assembleias realizadas com os usuários do CAPS	3 por ano = 2,0/ 1 a 2 = 1,0 / Nenhuma = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Realização de atividades de reabilitação psicossocial extramuros, por meio de iniciativas articuladas com os recursos do território	3 a 4 por ano = 2,0/ 1 a 2 = 1,0/ Nenhuma = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Articulações feitas com o território a fim de garantir a integralidade do cuidado do usuário	Sim, com frequência = 1,5/ Sim, com menos frequência = 1,0/ Não realiza = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de espaços no território contratualizados que promovam a autonomia e a inserção dos usuários	Sim = 1,0 / Não = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de projetos de geração de rendas realizados	2 projetos = 2,0/ 1 projeto = 1,0 / Nenhum = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Nº de formações continuadas com os profissionais sobre política de drogas e redução de danos	1 por ano = 1,0/ Nenhuma = 0,0	EIC, análise de documentos
Componente: Gestão do CAPS			
Estrutura	Existência de projeto institucional do CAPS	Sim e atualizado = 1,5/ Sim, desatualizado = 1,0/	Observação in loco

	elaborado e atualizado	Não = 0,0	
	Computador em boas condições de uso para as atividades da gestão do serviço	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
	Sala para reunião dos profissionais	Sim = 1,0 / Não = 0,0	Observação in loco
Processo	Nº de atividades de planejamento realizadas com a equipe	1 por mês = 2,0 / Nenhuma = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Realização de supervisão clínica institucional no serviço	Sim = 1,0/ Não = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Realização de discussão de casos no serviço	Sim e com frequência = 2,0 / Sim = 1,0/ Não realiza = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Existência de matriz de monitoramento elaborada	Sim =1,0/ Não = 0,0	EIC, análise de relatórios
	Existência de relatório mensal das atividades	Sim = 2,0/ Não = 0,0	EIC
Dimensão	Indicador	Pontuação	Fonte
Componente: Mobilização social e educação na saúde			
Estrutura	Existência de material educativo sobre campanhas nacionais de saúde mental, redução de danos, etc.	Sim = 1,0 / Não = 0,0	EIC, observação in loco
	Utilização de carro de som para divulgação das campanhas de promoção da saúde	Sim = 0,5 / Não = 0,0	EIC
	Ajuda de custo (incentivo financeiro, pagamento de diárias, etc.) para profissionais que participam de cursos e eventos na área de saúde mental	Sim = 0,5/ Não = 0,0	EIC
Processo	Nº de ações de mobilização de campanhas nacionais da saúde mental realizadas (janeiro branco, setembro amarelo)	4 ações/campanha = 2,0/ 2 a 3 ações = 1,5/ 1 a 2 = 1,0/ Nenhuma = 0,0	EIC, análise de relatórios
	% de profissionais que participaram de cursos e eventos na área da saúde mental	100,0% dos profissionais = 1,5/ 99,9 a 50,% = 1,0/ <50,0% = 0,5	EIC, análise de relatórios
	Incorporação da Educação Permanente ao processo de trabalho do CAPS	Sim = 2,0/ Não = 0,0	EIC

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; EIC – entrevista com informante chave; PTS – Projeto Terapêutico Singular; RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.
Elaboração: próprios autores

(Continua)

5.7 Processamento e análise dos dados

5.7.1 Classificação do grau de implantação

Para a obtenção do GI, foram utilizados os indicadores de estrutura e processo de cada componente. O cálculo do GI foi auferido pelo somatório das pontuações obtidas em relação aos valores máximos, arbitrados considerando-se a relevância para o objeto de estudo, por dimensão e componente (e subcomponente no caso específico da assistência à saúde). O GI total foi baseado no somatório de todos os indicadores. Ao final, adotou-se a seguinte classificação: implantado, quando alcançou percentuais que variaram de 80,0 a 100,0%; parcialmente implantado, de 60,0 a 79,9%; incipiente, de 40,0 a 59,9%; e não implantado, abaixo de 39,9%.

5.7.2 Análise dos resultados (efeitos) e da influência do GI sobre os efeitos observados

Para a análise dos resultados (efeitos) foram definidos três indicadores, respeitando a validade do conteúdo, relevância, disponibilidade de informação, facilidade de obtenção e simplicidade do cálculo. Elaborou-se também um indicador composto de satisfação do usuário, calculado a partir de 10 questões dispostas em escala Likert, as quais abordaram as seguintes temáticas: disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e médico), participação nos grupos terapêuticos e instalações do CAPS II (Quadro 3)

Quadro 3 – Indicadores de resultado do CAPS, Bezerros, Pernambuco, 2018

Indicador	Método de cálculo	Parâmetro	Fonte	Média
*Nº de casos de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços	Nº de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços por mês	Até 1,0/mês (ou 10,0% dos usuários cadastrados)	Relatório mensal do serviço, prontuários	0,23
*% de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos	Nº de núcleos familiares participantes dos grupos / Nº de usuários cadastrados do CAPS por mês	100,0%	RAAS/ livro de registro grupos/livro de registro de usuários admitidos	35,7%
**Satisfação dos usuários	Média do indicador composto	≥5,0 = muito satisfeito 3,0-4,9 = satisfeito 1,1-2,9 = insatisfeito ≤1,0 = muito insatisfeito	EIC	4,3

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.
*Indicador construído a partir de dez questões dispostas em escala *Likert*, referentes à disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e do médico), participação dos usuários em grupos terapêuticos, condições físicas e instalações do CAPS. Elaboração: próprios autores

Por fim, imbricou-se o GI com os indicadores de resultados, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do CAPS, para a identificação de elementos que exerceram influência no alcance dos resultados.

5.8 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP sob o registro 3.260.206 (**anexo**) e seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12 e complementares. Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**apêndice 2**).

VI. RESULTADOS

Esta seção é composta pelo artigo científico: “**Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil**”, produto da dissertação do Mestrado de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), a ser submetido ao periódico científico Saúde em Debate (Qualis B2, Área Saúde Coletiva).

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM PERNAMBUCO, BRASIL**

**EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF A PSYCHOSOCIAL CARE
CENTER IN PERNAMBUCO, BRAZIL**

Autores:

Gilcele Marília da Silva¹

Ana Coelho de Albuquerque²

Isabella Samico²

Eronildo Felisberto²

¹Secretaria Municipal de Saúde de Ipojuca – PE, Brasil.

²Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife – PE, Brasil.

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a implantação do CAPS II de um município do estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de análise de implantação, relacionando a variação do grau de implantação do CAPS sobre os efeitos observados. Elaborou-se modelo lógico da intervenção e matriz de indicadores e julgamento. Realizaram-se entrevistas individuais, observação direta e análise de registros e documentos. Foram considerados indicadores de estrutura e processo para análise do grau de implantação, sendo este relacionado aos indicadores de resultados. O serviço foi classificado como parcialmente implantado (74,4%), com grau de implantação de 68,0% na dimensão estrutura e de 80,9% na dimensão processo, classificadas como parcialmente implantado e implantado, respectivamente. Os componentes assistência à saúde e mobilização e educação na saúde foram considerados parcialmente implantados, enquanto que o componente gestão foi considerado implantado. Os indicadores de resultado demonstraram coerência com o grau de implantação, especialmente em relação ao processo. Mesmo a estrutura do CAPS apresentando algumas deficiências, as mesmas não exerceram influência direta no alcance dos resultados. Concluiu-se que o CAPS é um equipamento importante para rede local, porém necessita superar desafios estruturais a fim de contribuir com a articulação estratégica da política de saúde mental do município.

Palavras-chave: Saúde mental. Serviços de saúde mental. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the implementation of CAPS II in a municipality in the state of Pernambuco. It is an evaluative research, of implantation analysis, relating the variation of the degree of implantation of the CAPS on the observed effects. Logical model logic of intervention and matrix of indicators and judgment were elaborated. Individual interviews, direct observation and analysis of records and documents were carried out. Structure and process indicators were considered to analyze the degree of implementation, which is related to the result indicators. The service was classified as partially implemented (74,4%), with a 68% degree of implementation in the structure dimension and 80,9% in the process dimension, classified as partially implemented and implemented, respectively. The health care and mobilization and health education components were considered partially implemented, while the management component was considered implemented. The result indicators showed consistency with the degree of implementation, especially in relation to the process. Even though the CAPS structure has some deficiencies, they did not have a direct influence on the achievement of results. It was concluded that the CAPS is an important equipment for the local network, but it needs to overcome structural challenges in order to contribute to the strategic articulation of the municipality's mental health policy.

Key words: Mental health. Mental health services. Health evaluation. Evaluation of health services.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais e comportamentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo, submetendo-as ao risco de violação de direitos humanos, isolamento e exclusão social, baixa qualidade de vida, além de elevados custos para dentro e para fora do sistema de saúde¹. No Brasil, os dados apontam que 3,0% da população geral sofre com transtornos mentais graves e persistentes; 6,0% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e 12,0% necessita de algum atendimento, seja ele contínuo ou eventual².

A trajetória da assistência psiquiátrica está vinculada à internação de usuários em manicômios, num processo de exclusão e alienação. No entanto, essa realidade vem passando, desde o final da década de 1960, por um movimento de reestruturação dos saberes e de suas práticas que culminaram, na década de 1970, na reforma psiquiátrica³. Posteriormente, no final dos anos de 1980, o movimento da reforma psiquiátrica desenvolveu o pensamento crítico em relação à institucionalização da loucura e em

1986 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil. Porém, somente com a Lei Paulo Delgado nº 10.216, de 06 de abril de 2001, oficializou-se o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais, com o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país^{4,5}.

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental vigente visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar mediante a implementação dos serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tais serviços funcionam de portas abertas e estão localizadas onde as pessoas vivem, nos seus bairros, onde moram suas famílias, seus amigos e próximos aos locais frequentados pelas pessoas⁶.

Nesse contexto estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), espaços de construção contínua de um novo fazer, no qual se privilegia o sujeito com sofrimento e não a doença em si. A equipe multiprofissional dos CAPS deve direcionar suas intervenções no sentido de buscar reabilitar o indivíduo reintegrando-o na sua família e comunidade. Além disso, possui as seguintes atribuições: responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, supervisão das equipes de atenção básica, entre outras⁷.

No entanto, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, velhos e novos obstáculos emergem, a exemplo da reprodução de práticas manicomial nos serviços substitutivos. No plano micropolítico, observam-se dificuldades quanto à ruptura de práticas profissionais que afirmam a objetificação do portador de sofrimento psíquico, a supressão do sintoma, os “especialismos”, a demanda por internação, a não continuidade do cuidado, a “ambulatorização” da assistência, ou seja, processos de trabalho que acabam mantendo a cultura manicomial em vigor⁸.

Portanto, a proposta de estudos avaliativos torna-se pertinente e atual frente aos obstáculos apresentados. Bessa e colaboradores⁷, avaliando a assistência de saúde mental em um CAPS do interior do Brasil, observaram que há fragilidades importantes na condução terapêutica do serviço em três domínios que foram pesquisados: processo/atividades terapêuticas; processo/gestão do cuidado e atividades comunitárias ou externas ao CAPS. A variação de carga horária dos profissionais parece impactar

negativamente na assistência, além de fatores como o modelo de atenção centrado na doença, o qual dificulta a autonomia dos usuários⁹.

Além disso, avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de proporcionar condições mais humanizadas, visando à qualidade da assistência. Considerando que a análise das práticas de saúde constitui-se em ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial, o presente estudo tem como objetivo avaliar a implantação do CAPS II de um município do estado de Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação do componente 2, que relaciona a influência da variação do grau de implantação (GI) do CAPS sobre os efeitos observados¹⁰. Com isso, buscou-se fazer um julgamento sobre a intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização (estrutura), serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos. A estratégia de investigação adotada foi o estudo de caso único¹¹ e o CAPS II foi a intervenção.

A pesquisa foi realizada no CAPS II de Bezerros, município localizado na mesorregião do agreste de Pernambuco, e os dados foram coletados durante o período de janeiro a maio de 2019. Segundo a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS II possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, devendo funcionar os dois turnos durante cinco dias na semana. A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento a família e atividades comunitárias, focando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Tais atividades são coerentes com o paradigma no qual se fundamenta a Reforma Psiquiátrica¹².

O CAPS II de Bezerros foi implantado no mês de fevereiro de 2015 e no momento da pesquisa possuía 110 usuários admitidos e funcionamento de acordo com o preconizado. As marcas históricas da assistência em saúde mental de Bezerros acompanham a tendência hegemônica dos municípios de pequeno porte do Brasil. Foi com a implantação do CAPS II que se iniciou o processo de articulação estratégica da Política Municipal de Saúde Mental, sendo um dispositivo importante da RAPS.

Os usuários admitidos no serviço são, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, a saber, usuários com transtornos graves do comportamento, usuários de primeira crise, usuários de constantes reinternações, psicóticos senis sem sintomatologia demencial, neuróticos graves, oligofrênicos leves com instabilidade na conduta social e ou sintomatologia psiquiátrica aguda, usuários com transtorno mental devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. São identificados durante o acolhimento que acontece diariamente no serviço, momento em que é estabelecido o primeiro contato com a equipe. A prática terapêutica do serviço consta de acolhimento e assistência ao usuário e seus familiares, partindo de uma atenção interdisciplinar, na qual a escuta e a compreensão do sofrimento psíquico devem orientar a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Para explicitar a intervenção avaliada, o CAPS II, delineou-se o modelo lógico a partir da tríade estrutura-processo-resultado Donabedian¹³, considerando-se três componentes: assistência à saúde, gestão do CAPS e mobilização social e educação na saúde. A modelização expõe como os componentes se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os resultados¹⁰. Para descrever a organização do CAPS II do município de Bezerros, uma primeira versão do modelo lógico foi elaborada tomando como referência os documentos e legislações dispostos no Quadro 1.

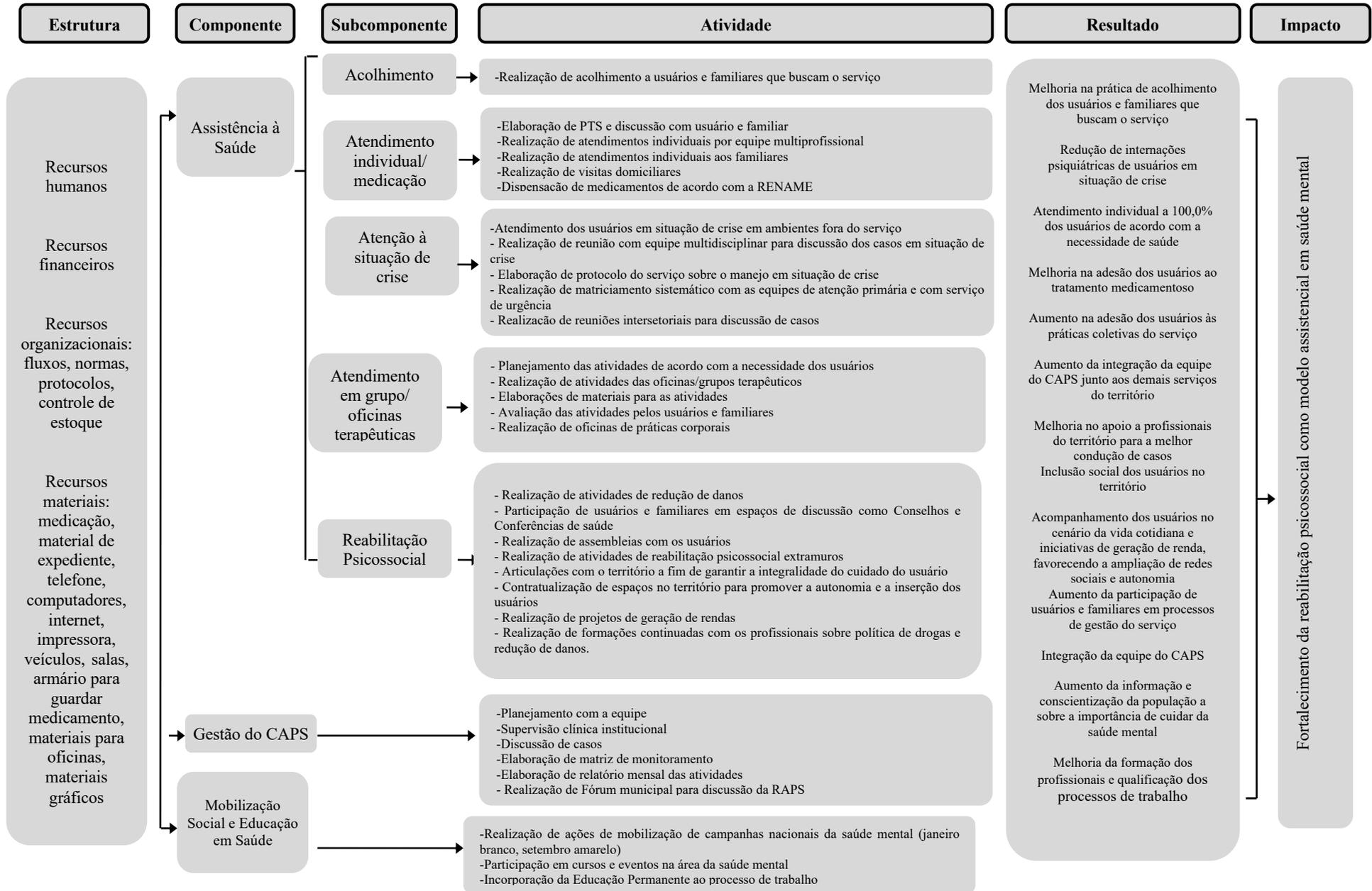
Quadro 1 – Documentos técnicos utilizados como referência para a construção do modelo lógico do CAPS II. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019

Documento	Dispõe sobre
BRASIL, 2013 - Secretaria de Atenção à Saúde	Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios
BRASIL, 2011 - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva	Guia prático de matriciamento em saúde mental
BRASIL, 2014 - Universidade Federal de Santa Catarina	Crise e Urgência em Saúde Mental: organização da atenção psicossocial à crise em rede de cuidado
Portaria nº 3.588/GM/MS de 21 de dezembro de 2017	Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; UA – Unidade de Acolhimento
Elaboração: próprios autores

O modelo inicialmente proposto foi submetido à análise por *experts* em saúde mental (n=06) e avaliação em saúde (n=02), os quais receberam por meio eletrônico a versão preliminar e puderam acrescentar ou suprimir informações que consideraram necessárias. O processo aconteceu em duas rodadas e o modelo foi considerado finalizado quando os especialistas não tiveram mais alterações a fazer (Figura 1).

Figura 1 – Modelo lógico do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019



Em seguida foi elaborada a matriz de indicadores e os critérios de julgamento com base no modelo lógico, a qual também foi submetida à análise pelos especialistas supracitados. Nela encontram-se, por componente e subcomponente, a pontuação e a fonte de cada indicador (Quadro 2).

Na seleção dos indicadores considerou-se a relevância, a disponibilidade e a facilidade de obtenção, dividindo-se entre eles a pontuação de cada componente. Na definição dos critérios de julgamento, utilizaram-se os parâmetros instituídos nos instrumentos legais e/ou em estudos científicos e, quando inexistentes, foram criados em consonância com a rotina do serviço. O Quadro 2 explicita a matriz dos 77 indicadores por componentes, 44 na dimensão ‘estrutura’ e 33 na dimensão ‘processo’, com seus respectivos critérios de julgamento.

Com o modelo lógico e a matriz finalizados, passou-se à coleta dos dados primários e secundários no município. Para obtenção dos dados primários foram utilizadas técnicas de observação direta e entrevistas por meio de questionário semiestruturado, respondido por 07 profissionais (01 - Psicóloga, 02 - Assistentes Sociais, 01 - Terapeuta Ocupacional, 01 - Psicopedagoga, 01 - Psiquiatra e 01 Coordenador do serviço). Foram incluídos na pesquisa os profissionais que estivessem trabalhando no serviço há pelo menos um ano. Além disso, realizou-se a análise de documentos, tais como livros de registros de atividades de grupos terapêuticos, de matriciamento, de reuniões de equipe, dentre outros. Também foram utilizados dados secundários extraídos do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde. A triangulação das informações foi adotada como uma estratégia capaz de acrescentar rigor, amplitude e profundidade à investigação¹⁴.

Para a obtenção do GI, foram utilizados os indicadores de estrutura e processo de cada componente do modelo lógico. O cálculo do GI foi auferido pelo somatório das pontuações obtidas em relação aos valores máximos, arbitrados considerando-se a relevância para o objeto de estudo, por dimensão e componente (e subcomponente no caso específico da assistência à saúde). O GI total foi baseado no somatório de todos os indicadores. Ao final, adotou-se a seguinte classificação: implantado, quando alcançou

percentuais que variaram de 80,0 a 100,0%; parcialmente implantado, de 60,0 a 79,9%; incipiente, de 40,0 a 59,9%; e não implantado, abaixo de 39,9%.

Para a análise dos resultados (efeitos) foram definidos três indicadores, respeitando a validade do conteúdo, relevância, disponibilidade de informação, facilidade de obtenção e simplicidade do cálculo. Elaborou-se também um indicador composto de satisfação do usuário, calculado a partir de 10 questões dispostas em escala Likert, as quais abordaram as seguintes temáticas: disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e do médico), participação nos grupos terapêuticos e instalações do CAPS II (Quadro 3).

Quadro 3 – Indicadores de resultado do CAPS II. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019

Indicador	Método de cálculo	Parâmetro	Fonte	Média
*Nº de casos de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços	Nº de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços por mês	Até 1,0/mês (ou 10,0% dos usuários cadastrados)	Relatório mensal do serviço, prontuários	0,23
*% de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos	Nº de núcleos familiares participantes dos grupos / Nº de usuários cadastrados do CAPS por mês	100,0%	RAAS/ livro de registro grupos/livro de registro de usuários admitidos	35,7%
**Satisfação dos usuários	Média do indicador composto	≥5,0 = muito satisfeito 3,0-4,9 = satisfeito 1,1-2,9 = insatisfeito ≤1,0 = muito insatisfeito	EIC	4,3

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde.

*Período de referência: ano 2018

**Período de referência: ano 2019. Indicador construído a partir de dez questões dispostas em escala Likert, referentes à disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional) e do médico, participação dos usuários em grupos terapêuticos, condições físicas e instalações do CAPS.

Elaboração: próprios autores

Quadro 2 – Matriz de indicadores e julgamento, segundo componentes, subcomponentes e dimensões de estrutura e processo. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Acolhimento			
Estrutura	Existência de protocolo com diretrizes do CAPS	Sim e disponível = 1,5 / Sim, mas não está disponível = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Sala para realização de acolhimento com birô e cadeiras	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Horário de funcionamento do serviço adequado e de acordo com a legislação	Sim, funcionamento de 8h/dia, sem fechar no horário de almoço= 1,0/ Sim, funcionando 8h/dia, mas fechando no horário de almoço= 0,5/ Não funciona 8h/dia = 0,0	SIM, funcionando 8h/dia, sem fechar para o almoço
	Existência de listagem das ações e atividades ofertadas pelo serviço	Sim e disponível = 0,5 / Não = 0,0	SIM e disponível
	Televisão funcionando	Sim = 0,5/ Não = 0	SIM
	Escala dos profissionais com nome e horário de trabalho	Sim e disponível = 0,5 / Não = 0,0	SIM e disponível
	Ouvidoria como canal de comunicação com o usuário	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Espaço para sala de espera com cadeiras em boas condições de uso e assento para pelo menos 15 pessoas	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
Fichas para registro do acolhimento e formulário para encaminhamento a outros serviços	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM	
Processo	Nº de acolhimentos realizados	25/mês	No mínimo 25 acolhimentos por mês
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Profissionais de nível superior conforme a legislação	Sim = 1,5/ Não = 0,0	SIM
	Profissionais de nível médio conforme a legislação	Sim = 1,5/ Não = 0,0	SIM
	Acesso a internet	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Telefone fixo funcionando	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Existência de computador (para os profissionais da assistência)	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de impressora (rotina do serviço)	Sim = 0,5 / Não = 0,0	SIM

(Continua)

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento individual/medicação			
Estrutura	Ficha que direcione a elaboração do PTS	Sim = 0,5/ Não = 0	SIM
	Transporte acessível para realização de intervenções no território	Sim e disponível em todos os momentos = 1,5/ Sim, mas sempre agendado com antecedência = 1,0 / Não = 0,0	SIM e sempre disponível
	Medicamentos disponíveis para dispensação aos usuários de acordo com a RENAME	100,0 a 80,0% = 2,0/ 79,9 a 60,0% = 1,0/ 59,9 a 30,0% = 0,5 / < 30,0% = 0,0	≥80,0%
	Sistema de estoque e dispensação de medicamentos no CAPS	Sim e atualizado= 1,0/ Sim, mas não atualizado= 0,5 Não = 0,0	SIM e atualizado
	Local para guardar prontuários dos pacientes em boas condições de uso	Sim, em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	SIM e em boas condições de uso
	Armários para guardar os medicamentos	Sim e em boas condições de uso = 0,5 / Não = 0,0	SIM e em boas condições de uso
	Sala para dispensação de medicamentos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Presença de sinalização nas salas que facilite o acesso	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Sala para atendimento individual	2 a 3 salas = 1,0 / 1 sala = 0,5 / Não tem sala = 0,0	≥2 salas
Processo	Elaboração de PTS e discussão com usuário e familiar	Sim, na maioria das vezes = 2,0 / Sim, na menor parte das vezes = 1,5/ Não = 0,0	SIM, na maioria das vezes
	Nº de atendimentos individuais realizados por equipe multiprofissional	30 ou mais = 2,0 / 20 a 29 = 1,5/ 10 a 19 = 1,0/ ≤ 9 = 0,0	≥30 atendimentos
	Nº de atendimentos individual a familiares realizados	20 ou mais = 2,0 / 15 a 19 = 1,5/ 10 a 14 = 1,0/ 5 a 9 = 0,5 / ≤ 4 = 0,0	≥20 atendimentos
	Nº de atendimentos médico realizados	50 ou mais = 2,0 / 30 a 49 = 1,0 / 10 a 29 = 0,5 / ≤10 = 0,0	≥50 atendimentos
	Nº de visitas domiciliares realizadas	10 ou mais = 2 / 5 a 9 = 1,0 / < 5 = 0,5 / Nenhuma visita = 0	≥10 visitas
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atenção à situação de crise			
Estrutura	Existência de protocolo de atenção à situação de crise no CAPS	Sim, e disponível= 1,5/ Sim, mas não disponível= 0,1 Não = 0,0	SIM e disponível
	Existência de sala de repouso com no mínimo 2 camas	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
Processo	Realização no serviço do manejo do usuário em situação de crise sem uso de leito de internação	Sim, na menor parte das vezes = 2,0/ Sim, na maior parte das vezes = 1,5 / Nenhuma crise é acolhida sem uso de internação = 0	SIM na menor parte das vezes
	Realização de atendimento dos usuários em situação de crise em ambientes fora do serviço do CAPS	Sim, com frequência = 2,0/ Sim, mas com pouca frequência = 1,5 / Não = 0,0	SIM com frequência

Dimensão	Indicador	Pontuação	Fonte
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atenção à situação de crise			
Processo	Realização de matriciamento sistemático com as equipes de atenção primária	1 mês = 2 / nenhum registro = 0	1 por mês
	Realização de matriciamento sistemático com serviço de urgência	Sim = 2 / Não = 0	SIM
	Nº de reuniões intersetoriais realizadas	Sim com frequência = 2,0 / Sim com menos frequência=1,5/ Não realiza = 0	SIM com frequência
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Atendimento em grupo/oficinas terapêuticas			
Estrutura	Espaço físico para realização dos grupos terapêuticos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de registro de planejamento das atividades em grupo	Sim =0,5/ Não = 0,0	SIM
	Livro de registro das atividades em grupo	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de registro das avaliações das atividades em grupo pelos usuários	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Mesa para a realização das oficinas	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
	Materiais para a realização das oficinas	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de espaço para refeitório	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Refeições e lanche para os usuários admitidos no serviço	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de cozinha	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Existência de espaço de convivência	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
Processo	Nº de grupos terapêuticos realizados mensalmente	$\geq 15 = 2,0$; 8 a 14 = 1,5; 4 a 7 = 1,0; $\leq 3 = 0,0$	≥ 15 grupos por mês
	Nº de oficinas terapêuticas realizadas	≥ 4 /mês= 2,0; 2 a 3/mês = 1,0; 1 a 2/mês= 0,5; não realiza = 0,0	≥ 4 oficinas por mês
	Nº de oficinas de práticas corporais realizadas	$\geq 4 = 2,0$; 2 a 3 = 1,0; 1 a 2 = 0,5; não realiza = 0,0	≥ 4 oficinas por mês
	Nº de atividades de grupo familiar realizados	$\geq 4 = 2,0$; 2 a 3 = 1,0; $< 2 = 0,5$; nenhum grupo = 0,0	≥ 4 atividades por mês

(Continua)

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Assistência à Saúde			
Subcomponente: Reabilitação Psicossocial			
Estrutura	Transporte coletivo para traslado dos usuários para as atividades extramuros realizadas no serviço	Sim na maioria das vezes = 1,0 / às vezes = 0,5/ Não = 0,0	SIM na maioria das vezes
	Alimentação (lanche) a ser oferecida aos usuários durante as atividades extramuros	Sim = 0,5 / Não = 0,0	SIM
	Recurso financeiro para formação continuada sobre a política de drogas e redução de danos	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
Processo	Realização de atividades de redução de danos na reabilitação psicossocial	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Participação de usuários e familiares em espaços de discussão, tais como conselhos e conferências	Sim= 2,0/ Não = 0,0	SIM
	Nº de assembleias realizadas com os usuários do CAPS	≥3 por ano = 2,0/ 1 a 2 = 1,0 / Nenhuma = 0,0	≥3 por ano
	Realização de atividades de reabilitação psicossocial extramuros, por meio de iniciativas articuladas com os recursos do território	3 a 4 por ano = 2,0/ 1 a 2 = 1,0/ Nenhuma = 0,0	≥3 por ano
	Articulações feitas com o território a fim de garantir a integralidade do cuidado do usuário	Sim, com frequência = 1,5/ Sim, com menos frequência = 1,0/ Não realiza = 0,0	SIM com frequência
	Nº de espaços no território contratualizados que promovam a autonomia e a inserção dos usuários	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Nº de projetos de geração de rendas realizados	2 projetos = 2,0/ 1 projeto = 1,0 / Nenhum = 0,0	2 projetos
Componente: Gestão do CAPS			
Estrutura	Existência de projeto institucional do CAPS elaborado e atualizado	Sim e atualizado = 1,5/ Sim, desatualizado = 1,0/ Não = 0,0	SIM e atualizado
	Computador em boas condições de uso para as atividades de gestão	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Sala para reunião dos profissionais	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
Processo	Nº de atividades de planejamento realizadas com a equipe	1 por mês = 2,0 / Nenhuma = 0,0	1 por mês
	Realização de supervisão clínica institucional no serviço	Sim = 1,0/ Não = 0,0	SIM
	Realização de discussão de casos no serviço	Sim e com frequência = 2,0 / Sim = 1,0/ Não realiza = 0,0	SIM e com frequência
	Existência de matriz de monitoramento elaborada	Sim =1,0/ Não = 0,0	SIM
	Existência de relatório mensal das atividades	Sim = 2,0/ Não = 0,0	SIM
Existência de Fórum municipal para discussão da RAPS	Sim = 2,0/ Não = 0	SIM	

(Continua)

Dimensão	Indicador	Pontuação	Parâmetros
Componente: Mobilização social e educação na saúde			
Estrutura	Existência de material educativo sobre campanhas nacionais de saúde mental, redução de danos, etc.	Sim = 1,0 / Não = 0,0	SIM
	Utilização de carro de som para divulgação das campanhas de promoção da saúde	Sim = 0,5 / Não = 0,0	SIM
	Ajuda de custo (incentivo financeiro, pagamento de diárias, etc.) para profissionais que participam de cursos e eventos na área de saúde mental	Sim = 0,5/ Não = 0,0	SIM
Processo	Nº de ações de mobilização de campanhas nacionais da saúde mental realizadas (janeiro branco, setembro amarelo)	4 ações/campanha = 2,0; 2 a 3 ações = 1,5; 1 a 2 = 1,0; Nenhuma = 0,0	4 ações
	% de profissionais que participaram de cursos e eventos na área da saúde mental	100,0% dos profissionais = 1,5; 99,9 a 50,0% = 1,0; ≤49,9% = 0,5	100,0%
	Incorporação da Educação Permanente ao processo de trabalho do CAPS	Sim = 2,0/ Não = 0,0	SIM

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; PTS – Projeto Terapêutico Singular; RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.

Elaboração: próprios autores

Para o cálculo do indicador de satisfação do usuário, foi utilizado um questionário estruturado, aplicado a uma amostra intencional de 33 usuários admitidos no serviço, os quais apresentassem um quadro estável para responder aos questionamentos, que fossem acompanhados no CAPS há pelo menos 1 mês e que tivessem participação regular nas atividades ofertadas no serviço. Quando os usuários não apresentavam esses critérios eram excluídos da amostra. Foram realizadas 03 visitas pelos pesquisadores ao serviço no mês dezembro de 2019 para fins da pesquisa.

Por fim, imbricou-se o GI com os indicadores de resultados, confrontando-os com o modelo elaborado em um processo reflexivo dedutivo baseado na lógica do CAPS, para a identificação de elementos que exerceram influência no alcance dos resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP sob o registro 4688-15 e seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 466/12 e complementares. Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CAPS modalidade II do município de Bezerros foi classificado como parcialmente implantado (74,4%), com GI de 68,0% na dimensão estrutura e de 80,9% na dimensão processo, classificadas como parcialmente implantado e implantado, respectivamente (Tabela 1). Para Alves¹⁵, um dos dispositivos estratégicos mais eficientes para a superação do modelo manicomial é o CAPS e foi com o surgimento desse dispositivo que, a partir do ano de 2015, se iniciou o processo de articulação estratégica da Política de Saúde Mental no município de Bezerros.

Tabela 1 – Grau de Implantação (% e classificação) do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II, segundo componentes, subcomponentes e dimensões de estrutura e processo. Município de Bezerros - Pernambuco, 2019

Componente/Subcomponente	%	Classificação
Assistência à Saúde	72,2	Parcialmente implantado
Estrutura	70,6	Parcialmente implantado
Processo	73,8	Parcialmente implantado
Acolhimento	93,3	Implantado
Estrutura	86,6	Implantado
Processo	100,0	Implantado
Atendimento individual/medicação	71,0	Parcialmente implantado
Estrutura	82,1	Implantado
Processo	60,0	Parcialmente implantado
Atenção à situação de crise	63,1	Parcialmente implantado
Estrutura	50,0	Incipiente
Processo	76,2	Parcialmente implantado
Atendimento em grupo/oficinas terapêuticas	81,4	Implantado
Estrutura	94,1	Implantado
Processo	68,7	Parcialmente implantado
Reabilitação Psicossocial	52,0	Incipiente
Estrutura	40,0	Incipiente
Processo	64,0	Parcialmente implantado
Gestão do CAPS	84,4	Implantado
Estrutura	83,3	Implantado
Processo	85,6	Implantado
Mobilização social e educação na saúde	66,6	Parcialmente implantado
Estrutura	50,0	Incipiente
Processo	83,3	Implantado
Total	74,4	Parcialmente implantado

Estrutura	68,0	Parcialmente implantado
Processo	80,9	Implantado

Legenda: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Elaboração: próprios autores

O subcomponente ‘acolhimento’ e o componente ‘gestão do CAPS’ foram os mais bem avaliados, tanto na estrutura (implantado), como no processo (implantado); ao passo que ‘reabilitação psicossocial’ obteve a pior classificação, sendo o único avaliado como incipiente. Analisando separadamente as dimensões, os resultados mais críticos, ou seja, classificados como incipiente na estrutura, foram nos subcomponentes ‘atenção à situação de crise’ e ‘reabilitação psicossocial’, e no componente ‘mobilização social/educação em saúde’. Já na dimensão processo, os subcomponentes ‘atendimento individual/medicação’, ‘atenção à situação de crise’, ‘atendimento em grupo/oficinas terapêuticas’ e ‘reabilitação psicossocial’ foram os piores avaliados, todos classificados como parcialmente implantado. Ainda no que diz respeito à dimensão processo, vale ressaltar que o ‘acolhimento’ foi o único a obter GI 100,0%, considerado assim como implantado (Tabela 1).

O acolhimento propõe a inversão do modelo de atenção à saúde, buscando organizar os serviços de forma usuário-centrado¹⁶. Recomenda-se que todo CAPS possua um protocolo com as diretrizes que norteiam esse processo e que o mesmo esteja disponível para todos os profissionais, que devem participar diariamente, favorecendo assim a construção do vínculo, da corresponsabilização e da autonomia dos usuários¹⁶. Em pesquisa realizada no CAPS de Pelotas (RS), observou-se que o acolhimento produz, de fato, efeitos positivos no cotidiano do serviço, apresentando-se como um organizador dos processos de trabalho, ao provocar mudanças no modelo de atenção à saúde¹⁷. Porém, como parte da função do serviço, faz-se necessário que, rotineiramente, seja analisado o perfil da demanda espontânea ou referenciada do serviço para que dessa forma o CAPS possa servir de apoio na construção da linha de cuidado em saúde mental na RAPS.

Quanto ao conceito de reabilitação psicossocial, há uma diversidade de concepções que se constituíram ao longo do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Para Pitta¹⁸, a reabilitação psicossocial é um processo que facilita ao indivíduo, a despeito de suas

limitações, mais autonomia na vida social e comunitária. Ao observar esse subcomponente, a dimensão estrutura na avaliação foi considerada um ponto crítico (GI 40,0%) e essas limitações podem acarretar em um não desenvolvimento pleno de iniciativas voltadas a reinserção social dos usuários do CAPS.

Estudos mostram os desafios para implementação de rotinas e atividades inclusivas nos serviços substitutivos, o qual precariza a atenção psicossocial. Azevedo e colaboradores¹⁹ demonstraram que as oportunidades permanentes de atividades externas vivenciadas em um CAPS estavam aquém das reais necessidades dos usuários. Organizar um serviço que opere segundo a lógica do território é encontrar e ativar os recursos locais existentes, estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social²⁰.

O modelo de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários e de suas famílias na construção do PTS e a incorporação da noção interdisciplinar²¹. Pensar sobre PTS em saúde mental é aproximar-se de um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial²². A utilização de tal dispositivo pelo serviço foi considerada uma questão crítica, uma vez que foi observado que o PTS não é realizado com todos os usuários admitidos no serviço, o que pode sugerir que sua elaboração se dá apenas para os casos de maior gravidade. Considerando esse contexto da singularidade, é fundamental que o serviço fortaleça os espaços para atendimento individual aos usuários e familiares, além da realização de visitas domiciliares, que possibilitam tanto uma aproximação com a realidade vivida pelos usuários, como também permitem pensar em estratégias de cuidado que a comunidade possa oferecer²³.

No que se refere ao atendimento em grupos e oficinas terapêuticas observa-se que o CAPS dispõe de estrutura que favorece o desenvolvimento de tais atividades (GI 94,1%), mas na dimensão 'processo' esse subcomponente foi considerado parcialmente implantado (GI 68,7%). O indicador 'percentual de famílias de usuários que participam de grupos terapêuticos', o qual obteve resultado de 35,7% no ano de 2018 (Quadro 3), mostrou uma baixa adesão das famílias nos espaços dos grupos terapêuticos. Sabe-se que as oficinas terapêuticas nos CAPS permitem a possibilidade de projeção de

conflitos por meio das atividades desenvolvidas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário e de seus familiares, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, e a expressão da subjetividade. Podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento²⁴.

Nesse sentido, um estudo realizado em dois CAPS de Natal, Rio Grande do Norte, demonstrou que os familiares entrevistados percebiam bem o papel e a importância das oficinas terapêuticas no cenário investigado, porém apontou questões a serem consideradas, como o papel das atividades desenvolvidas nos serviços, as quais necessitam de planejamento dinâmico, articuladas com os demais domínios do conhecimento profissional, segundo as necessidades e as possibilidades dos técnicos, usuários e familiares na intenção de ser terapêutica; a inventividade e a produção de existências subjetivas dos usuários. Pois, a execução de atividades descontextualizadas com as necessidades do usuário transforma-se na mesma ideia de atenção focada na clínica, da doença mental, em detrimento do desenvolvimento de potencialidades do sujeito psicossocial que se apresenta²⁵.

Com relação à atenção em situação da crise, este estudo demonstrou que questões relacionadas à estrutura precisam ser melhoradas (GI 50,0%). O serviço não possui protocolo de atenção à crise, o que sugere que fica a cargo de cada profissional definir e desencadear a resposta mais indicada a cada caso. Embora o protocolo em saúde mental apresente limitações considerando a singularidade da atenção, o mesmo facilita a comunicação entre os profissionais e orienta as práticas pelos pressupostos de evidências científicas²⁶. No tocante ao processo, o serviço vem desenvolvendo ações como o matriciamento com a atenção primária e com o serviço de urgência que podem ser consideradas um potencial no manejo a situação da crise no território pautada no modelo psicossocial. De acordo com Dimenstein²⁷, operando como um facilitador, a realização do apoio matricial é capaz, em alguns casos, de evitar situações de crise ou abordá-las antes que se tornem mais graves, bem como evitar internações psiquiátricas arbitrárias.

No campo da gestão do CAPS, tanto a estrutura quanto o processo foram considerados implantados (GI 83,3% e 85,6%, respectivamente). O serviço dispõe de protocolos e

diretrizes que norteiam o processo de trabalho, além de realizar planejamento, monitoramento e discussão de casos. O único indicador da dimensão ‘processo’ que não foi satisfatório refere-se à realização de supervisão clínica no serviço, que vale salientar, é um dispositivo muito importante na mudança na gestão do trabalho em saúde mental, uma vez que discute questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de atenção psicossocial²⁸. Uma cartografia realizada em uma área programática do município do Rio de Janeiro mostrou os efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na RAPS. O referido dispositivo do cuidado contribuiu para ativar o sistema de regulação, ou seja, a rede de serviços em sua dinâmica acêntrica, funcional, afetiva, intensiva, pública e criativa, bem como ativou a rede de usuários, trabalhadores e gestores que constroem coletivamente o cuidado e a gestão do cuidado no território²⁹.

A mobilização social e educação na saúde foram avaliadas na dimensão ‘estrutura’ como incipiente (GI 50,0%) e na dimensão ‘processo’ como implantada (GI 83,3%), o que demonstra que, mesmo com estrutura incipiente, o serviço consegue avançar nas atividades do movimento popular pela saúde mental, bem como no fortalecimento de espaços coletivos para analisar e refletir sobre as práticas profissionais, ambos de fundamental importância na transição paradigmática do modelo asilar para o modo psicossocial³⁰. Estudos demonstraram ter sido possível reafirmar o potencial da educação permanente como constitutiva e qualificadora do processo de trabalho em saúde, contribuindo em especial com os CAPS, ao apontar características que valorizem suas atividades. Um exemplo são as tecnologias de trabalho eficazes na qualificação da atenção à saúde prestada, e que podem ser desenvolvidas no cotidiano dos diversos serviços de saúde mental, como um modo de resistência ao enfrentamento dos atuais desafios do Sistema Único de Saúde³¹.

Com relação aos indicadores de resultado, dois deles estavam dentro do parâmetro de referência estabelecido e demonstraram coerência entre o GI e os efeitos, especialmente no que diz respeito ao processo. O fato de a estrutura do CAPS II de Bezerros ainda apresentar algumas deficiências, as mesmas não exerceram influência direta no alcance dos resultados. O indicador ‘número de casos de usuários em situação de crise encaminhados a outros serviços’ alcançou média 0,23; o indicador de ‘satisfação dos usuários’ atingiu média 4,3. A exceção se deu no ‘percentual de famílias de usuários

que participam de grupos terapêuticos’, com 35,7% indicando baixa adesão das famílias (Quadro 3).

A satisfação dos usuários é um indicador útil de ser avaliada porque ela também pode influenciar aspectos importantes no tratamento. Além disso, serve para indicar até que ponto os tratamentos oferecidos e as condições dos serviços são socialmente aceitáveis³². Assim, a satisfação dos usuários do CAPS II de Bezerros foi positiva e considerou aspectos referentes à disponibilidade de medicamentos, qualidade do atendimento dos profissionais (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional) e do médico, participação dos usuários em grupos terapêuticos, condições físicas e instalações. Outros estudos já indicavam que a satisfação dos usuários de serviços de saúde mental está relacionada às questões de acesso como a disponibilidade de serviços gratuitos, continuidade dos cuidados e isenção de custos com medicamentos. Porém para que a proposta dos CAPS ultrapasse esses critérios, além da garantia do acesso, é preciso que os usuários se sintam acolhidos e satisfeitos, a fim de que possam construir junto com a equipe o PTS, respeitando sua subjetividade e a possibilidade de estabelecer vínculo com o serviço³³.

Algumas limitações foram observadas neste estudo, especialmente no que concerne à seleção de indicadores de resultado. A operacionalização de indicadores em saúde mental é tarefa que impõe desafios, uma vez que a tradição de indicadores nessa área é mais restrita quando comparada a outros campos da saúde³⁴. Essa indisponibilidade de indicadores e a ausência de um sistema de informação no serviço para a obtenção de informações confiáveis foram as maiores limitações desse estudo, sendo necessário recorrer a registros em livros e relatórios do serviço.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesse estudo indicaram que a estrutura do serviço do CAPS foi considerada como parcialmente implantada, principalmente no que diz respeito à atenção a situação de crise, reabilitação psicossocial e mobilização social/ educação na saúde que são questões importantes para a consolidação do modelo de atenção psicossocial. A dificuldade com relação à baixa disponibilidade de transportes para os profissionais do serviço dificulta a realização de ações no território com continuidade,

bem como a realização de atividades extramuros com os usuários. As diretrizes da RAPS reforçam a necessidade da autonomia dos usuários para o exercício da cidadania, e o ambiente onde eles podem exercer essa função é justamente a comunidade, em contato com instituições, grupos organizados e pessoas com as quais convivem³⁵. O baixo investimento em formação continuada aos profissionais, bem como a baixa adesão e participação em eventos de discussão da saúde mental também dificultam a consolidação do modelo de atenção.

Apesar de reconhecidos os avanços da Política de Saúde Mental no Brasil, seja no aumento da oferta dos serviços substitutivos, na transferência de gastos realizados no atendimento comunitário, na melhoria da qualidade de vida de usuários e familiares ou na desconstrução gradativa do estereótipo da loucura, este estudo demonstra que problemas estruturais, bem como no processo de trabalho do CAPS, ainda persistem³⁶.

Avançando gradativamente em cada região, a implantação e funcionamento do CAPS perpassam por muitos desafios. No entanto, é fato que somente construir uma infraestrutura diferente do manicômio, com todo um arsenal de trabalho em grupo, oficinas terapêuticas diversas e operar mudanças legais no cenário da saúde mental não são o bastante. É nos processos de co-gestão, atuação em rede, busca por qualificação contínua e suporte mútuo que os gestores encontram possibilidades de lidar com as adversidades e construir soluções, uma vez que o campo da saúde mental possui peculiaridade no seu fazer que o torna distinto de outras práticas de saúde³⁷.

Faz-se necessário investir nos profissionais de saúde e em uma nova forma de cuidado e assistência comunitária, pois esses profissionais atuam no transcurso da Reforma Psiquiátrica, mas desconhecem sua existência e não contemplam a discussão em sua formação, cujo fazer cotidiano coloca a necessidade de um trabalho interdisciplinar, de formas plurais de intervir e cuidar do sujeito com transtorno mental.

Diante das dificuldades encontradas sugere-se que o serviço amplie o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território e que visem promover o protagonismo para o exercício dos direitos de cidadania de usuários e familiares e, para superar os desafios estruturais, busquem captar recurso financeiro de custeio do Governo Federal.

Contudo, ressalta-se que a utilização de informações oriundas apenas da avaliação feita pelos profissionais poderia conduzir, segundo Perreault e colaboradores³⁸ a uma deterioração da qualidade e da pertinência das informações. Assim, optou-se pela inclusão do indicador de satisfação do usuário, e a partir de duas perspectivas diferentes, porém complementares, se chegar a uma avaliação mais completa e mais ampla dos efeitos e da qualidade do serviço.

Avaliar sistemática e amplamente os resultados advindos desse processo de reforma assistencial em saúde mental torna-se importante no sentido de reforçar os acertos e corrigir as deficiências, bem como para subsidiar novos processos políticos decisórios. Fazer isso por meio de pesquisas avaliativas em saúde, que sigam minimamente os padrões esperados de utilidade (fornecimento de dados relevantes e necessários) e acurácia (serem capazes de informar validamente sobre o mérito das práticas e processos avaliados), além de terem exequibilidade e condução ética, parece ser o melhor caminho³⁹. Espera-se, portanto, que este estudo, somado aos demais já publicados, contribua para o reconhecimento da importância dos processos avaliativos dos CAPS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde Mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde Mental – Brasília: MS, 2008.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2a ed. Rio de Janeiro, 2001.
4. Pitta A. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro. 1994; 43(12):647-655.
5. Brasil. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS – Volume V Saúde Mental – Brasília: MS, 2015.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial – Brasília: MS, 2004.
8. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. Rev. Ciênc. Saúde. Coletiva. Rio de Janeiro. 2011 Dez; 16 (12): 4685-4694.
9. Bessa M, Azevedo DC, Filho JD. Assistência de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial: avaliação na perspectiva profissional. Journalofnursingandhealth. Pelotas. 2016; 6(2):279-86.
10. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP & Denis JL. A Análise da Implantação. In: Brousselle A et al. (ed.) Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2011; 217 -238.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União. 19 fev 2002.
13. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Arbor A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 3-31.
14. Denzin NK, Lincoln Y. The discipline and practice of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 1-28.

15. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Physis Revista Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006; 12(1): 179-203.
16. Brognoli FF, Rodrigues J. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Santa Catarina. 2014; 6 (13): 61-74.
17. Scheibelb A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia. 2011; 4(35): 966-983
18. Pitta A. O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?. In: Pitta A, (Org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1996. p.19-26
19. Azevedo DM, Silva GWS, Miranda FAN, et al. Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Rene. Ceará. 2019; 8(20) 335-337.
20. Amorim AKMA, Severo AKS. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. Rev. Interinstitucional de Psicologia. Minas Gerais. 2019; 12 (2): 282-299.
21. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007; 12(4):849-59.
22. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
23. Reisdorfer E, Cardoso L, Pereira SS, et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Sau.&Transf. Soc. [internet]. 2014 [acesso 2020 fev 4]; 91-95. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100014
24. Thofehrn MB, Andrade APM, Carvalho LA et al. Oficina terapêutica como expressão da subjetividade. SMAD, Rev. Eletrônica saúde mental álcool drog. [internet]. 2016 [acesso 2020 fev 5]; 147-153. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-9762016000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

25. Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. 2011; 15(2): 339-345.

26. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte (BH): UFMG, 2009.

27. Lima M, Dimenstein M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. Interface. Butucatu. 2016; 20(58):625-35.

28. Onocko Campos RT, Severo AKS, L'Abbate S. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. Interface Comum Saúde Educ [internet]. 2014 [acesso 2020 jan 18]; 545-556. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832014000300545&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

29. Oliveira JAM, Passos E. Efeitos transversais da supervisão clínico-institucional na Rede de Atenção Psicossocial. Polis e Psique. [internet]. 2012 [acesso 2020 jan 18]; 171-187. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40326>

30. Pegoraro RB, Rabelo IVM, Zanini DC et al. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. Rev. Psicol. Saúde. Campo Grande. 2015; 7(2): 161-167.

31. Pinheiro MCC, Hypólito ALM, Kantorski LP. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. J. nurs. health. Pelotas/RS. 2019; 9(2):199-203.

32. Ruas CM, Lima MG, Silva SN. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. Ciênc. Saúde Colet. Rio de Janeiro. 2018; 23(11): 3799-3810.

33. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan. Colômbia. 2015; 15(4):529-540.

34. Campos RTO, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro. 2006; 22 (5): 1053-1062.
35. Bielemann VLM et. al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(1): 131-39.
36. Campos Onocko RT, Furtado JP, Trapé TL et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde debate.* Rio de Janeiro. 2017; 41(11): 71-83.
37. Pitta A, Souza GW et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* Rio de Janeiro. 1996; 44 (9): 441-452.
38. Perreault M, Katerelos TE, Sabourin E, Leichner P, Desmarais J. Information as a distinct dimension for satisfaction assessment of outpatient psychiatric services. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2001;14(3):111-20.
39. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999, Rio de Janeiro, 4 (2): 341-353.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de serviços de atenção psicossocial implica em reconhecer as portas que se abrem nas modalidades de atenção comunitária, o modo como elas tencionam os estigmas, os preconceitos e os rótulos dos serviços que se propõem a romper com a lógica da institucionalização e da exclusão. No entanto, ainda existem alguns impasses para avaliar serviços de saúde mental no Brasil, relacionados à falta de conformação da avaliação de programas e projetos como parte da administração pública, ausência de um modelo teórico de avaliação que defina e preconize a forma de funcionamento dos programas e serviços públicos de saúde e ainda a inexistência de indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar os programas e serviços de saúde mental.

Este estudo avaliativo permitiu uma coleta de dados com mais profundidade e com múltiplas fontes de informação. Foram utilizados os três enfoques básicos para um processo de avaliação: estrutura, processo e resultados, além de correlacionar o grau de implantação com os efeitos observados no serviço. Na dimensão estrutura o CAPS II Bezerras - PE foi considerado parcialmente implantado, principalmente no que diz respeito à atenção à situação de crise, reabilitação psicossocial e mobilização social/ educação na saúde. Questões como disponibilidade de transporte para ações no território, investimento financeiro em formação continuada aos profissionais apresentaram-se como insatisfatório.

Já na dimensão processo o serviço foi considerado implantado. Como potencialidade evidenciou-se a implantação do acolhimento como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e reorganização dos processos de trabalho, além da realização de matriciamento junto à Atenção Primária e serviço de urgência do município que podem ser consideradas um potencial no manejo à situação da crise no território pautada no modelo psicossocial. Além disso, o componente de mobilização

social e educação na saúde foi considerado implantado, mesmo com a estrutura considerada incipiente o serviço conseguiu avançar nas atividades do movimento popular pela saúde mental.

Analisando os indicadores de resultados que foram definidos para a avaliação do CAPS, observaram-se limitações no processo no que diz respeito à ausência de um sistema de informação do qual fossem extraídas informações confiáveis sendo necessário recorrer a registros em livros e relatórios do serviço. A definição dos parâmetros dos indicadores foi arbitrada a partir de dados da literatura, não sendo possível trabalhar com séries históricas devido à indisponibilidade e baixa qualidade dos registros nos primeiros anos de implantação do serviço.

No geral os indicadores de resultado estavam dentro do parâmetro de referência estabelecido e demonstraram coerência entre o GI e os efeitos, especialmente no que diz respeito ao processo. O fato de a estrutura do CAPS II de Bezerros ainda apresentar algumas deficiências, as mesmas não exerceram influência direta no alcance dos resultados.

Contudo, apesar das limitações mencionadas, o presente trabalho de dissertação alcançou o seu objetivo de avaliar a implantação do CAPS II do município de Bezerros/PE, apontando a necessidade de um maior investimento na estrutura e seu potencial de contribuição para uma melhor adequação dos processos de trabalho do serviço, uma vez que os resultados obtidos com esta pesquisa podem levar a uma discussão coletiva em equipe, colocando em prática um dos objetivos fundamentais do processo avaliativo que é a atitude reflexiva dos profissionais diante do trabalho cotidiano com vistas à qualificação da assistência prestada no contexto da mudança do paradigma em saúde mental.

VII. RECOMENDAÇÕES

A partir dos achados desta pesquisa, algumas recomendações são elencadas:

- ✓ Verificar possibilidade de aumento de carga horária dos profissionais do CAPS, uma vez que o serviço apresenta um quantitativo de profissionais, porém o somatório da carga horária encontra-se em 144 horas quando o recomendado é de pelo menos 200 horas;
- ✓ Instituir a supervisão clínico-institucional como dispositivo permanente que facilita e apoia a discussão de casos complexos do serviço na perspectiva da atenção psicossocial;
- ✓ Fortalecer os espaços coletivos de reuniões técnicas entre os profissionais do serviço para a discussão de casos e do processo de trabalho;
- ✓ Implantar o Fórum Municipal de Saúde Mental com o objetivo de discutir a Rede de Atenção Psicossocial do município, bem como construir a linha de cuidado;
- ✓ Implantar sistema de informação no serviço de modo que seja registrado o perfil de todos os usuários que são admitidos no serviço para facilitar as ações de monitoramento e avaliação;
- ✓ Implantar diretrizes de avaliação, tais como autoavaliação do processo de trabalho e criação de indicadores que possam ser monitorados a cada trimestre;
- ✓ Viabilizar investimento financeiro para as ações de Reabilitação Psicossocial que trabalham a inserção social do sujeito, tais como projetos de geração de renda, passeios terapêuticos, dentre outros;
- ✓ Fortalecer as ações no território, tais como realização de visitas domiciliares aos usuários com maior necessidade;

- ✓ Investir em formação continuada dos profissionais do serviço, bem como na participação em Congressos e Seminários na área da Saúde Mental;
- ✓ Desenvolvera construção coletiva com a RAPS de protocolo de atenção à crise a ser trabalhado com todos os profissionais da Rede;
- ✓ Realizar planejamento e avaliação dos grupos terapêuticos com todos os profissionais do serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: WHO, 2018.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde Mental – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2a ed. Rio de Janeiro, 2001.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos HumanizaSUS – Volume V Saúde Mental – Brasília (DF) : Ministério da Saúde, 2015.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. Brasil. Portaria Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União 2002, 19 fev.
7. Bessa M, Azevedo DC, Filho JD. Assistência de saúde mental em um Centro de Atenção Psicossocial: avaliação na perspectiva profissional. *Journal of nursing and health*, Pelotas., 2016, Rio Grande do Sul, 6 (2):279-86.
8. Amarante P (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 7ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. 34
9. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):2067-2074, 2018.

10. Dimenstein M, Severo AK, Brito, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e sociedade.*, 2009, São Paulo, 18 (1): 63-74. 2009.
11. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em debate.*, 2001, Rio de Janeiro, 25(58):35-47.
12. Bezerra B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis Revista Saúde Coletiva.*, 2007, Rio de Janeiro, 17(2):243-250.
13. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (2): 653-673.
14. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental – 25 a 28 de junho de 1987. Relatório Final - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1988.
15. Brasil. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.*
16. Guljor, AP. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. 2003. 172f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 35
17. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2011, Rio de Janeiro 16 (12): 4685-4694.
18. Vasconcelos EM. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec Editora; 2010. P. 17-71

19. Melo AMC. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.*, 2012, Florianópolis, 8 (9): 84-95.
20. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais; história e conceitos. *História, Ciências, Saúde.*, 2002, Rio de Janeiro, 9 (1): 25-59.
21. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004 - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.*
22. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista Terapia Ocupacional.*, 2008, São Paulo, 19 (3): 176-182.
23. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
24. Alves DS. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Physis Revista Saúde Coletiva.*, 2002, Rio de Janeiro 12 (1): 179-203.
25. Campos RTO, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do 36 Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública.*, 2006, Rio de Janeiro 22 (5): 1053- 1062.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde ASTEC / Área Técnica de Saúde Mental. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, (DF): Ministério da Saúde, 2002.*
27. Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.*, 2006, São Paulo, 10 (20): 299-316.

28. Venâncio ATA. Sobre a desinstitucionalização psiquiátrica: história e perspectivas. *História, Ciências, Saúde.*, 2007, Rio de Janeiro, 14(4): 1415-1420.
29. Pegoraro RF, Caldana RHL. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação.*, 2008, São Paulo, 12(25): 295-307.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, (DF): Ministério da Saúde, 2005.
31. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate.*, 2001, Rio de Janeiro, 25 (58):35-47.
32. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva.*, 1999, Rio de Janeiro, 4 (2): 393-403.
33. Pitta A, Souza GW et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.*, 1995, Rio de Janeiro, 44 (9): 441-452.
34. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2006, Rio de Janeiro, 11 (3): 705-711.
35. Lima FC, Schneider DR. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos.*, 2013, Santa Catarina, 4 (6): 39-64.

36. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 1999, Rio de Janeiro, 4 (2): 341-353.
37. Dantas CR, Galdini AMO. Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Revista de Saúde Coletiva.*, 2014, Rio de Janeiro, 24 (4): 1127-1179.
38. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto e Contexto Enfermagem.*, 2004, Santa Catarina, 13(4):593-598.
39. Campos GWS, Campos RTO, Barrio LG. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2013, Rio de Janeiro, 18 (10):2797-2805.
40. Antunes SMM, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cadernos Saúde Pública.*, 2007, Rio de Janeiro, 23 (1): 207-215.
41. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. *Avaliação, conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38
42. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. IN: Jean-Louis Denis, François Champagne (org). *Análise de implantação.* Rio de Janeiro, 1997.
43. Vieira-da-Silva, LM. *Avaliação de políticas e programas de saúde.* 1 ed. Editora Fiocruz; 2014.

44. Silva, RM, Bessa MS. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde [livro eletrônico]. Fortaleza: EdUECE; 2015
45. Brito TA, Jesus CS. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Efdeportes [internet]. 2009 [acesso em 18 de fevereiro de 2020].14. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>
46. Furtado, JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 2001, Salvador, 6 (1): 165-181.
47. Hartz, ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva.*,2002, São Paulo 7(3): 401-412.
48. Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: Arbor A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press; 1980. p. 3-31.
49. Alves CKA, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Felisberto E, Samico I, Figueiró AC, Frias PG. *Avaliação em Saúde – bases conceituais e operacionais*. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. 87-107
50. Denzin NK, Lincoln Y. The discipline and practice of qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 1-28.

APÊNDICE 1 – Instrumentos de coleta de dados

INSTRUMENTO 1 – Questionário para avaliação da estrutura do CAPS COORDENADOR DO CAPS

Profissionais do CAPS II		
1.	Qual número de profissionais existentes, que fazem parte da equipe do CAPS II?	Nº de profissionais de nível superior: Nº de profissionais de nível médio e técnico:
2.	Existe profissional responsável pela gerência do CAPS?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Formação profissional do responsável pela gerência do serviço do CAPS	
4.	Este profissional organiza seu trabalho de que maneira?	<input type="checkbox"/> Faz exclusivamente a gerência do CAPS
		<input type="checkbox"/> Faz a gerência da Saúde Mental do município
		<input type="checkbox"/> Divide-se entre gerência do CAPS e cuidado ao usuário
		<input type="checkbox"/> Dedica menos que 20h à gerência do CAPS por conta de outros vínculos
		<input type="checkbox"/> Outro: _____
5.	A equipe participa de cursos de atualização e de qualificação, aplicando os conhecimentos aprimorados na melhoria do trabalho e da qualificação do serviço do CAPS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Características Estruturais e Ambiente do serviço do CAPS		
1.	Quais ambientes existem no serviço do CAPS?	<input type="checkbox"/> Recepção/ espaço de acolhimento
		<input type="checkbox"/> Salas de atendimento individualizado (quantidade: _____)
		<input type="checkbox"/> Salas de atividades coletivas (quantidade: _____)
		<input type="checkbox"/> Espaço de convivência
		<input type="checkbox"/> Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência:
		<input type="checkbox"/> Banheiro para funcionários
		<input type="checkbox"/> Farmácia / sala de aplicação de medicamentos
		<input type="checkbox"/> Quarto coletivo com acomodações individuais
		<input type="checkbox"/> Sala de reunião administrativa
		<input type="checkbox"/> Almoxarifado
		<input type="checkbox"/> Sala para arquivo
		<input type="checkbox"/> Refeitório
		<input type="checkbox"/> Cozinha
<input type="checkbox"/> Depósito de material de limpeza		
<input type="checkbox"/> Abrigo de recipientes de resíduos (lixo)		
Equipamentos e materiais		

1.	Quantos computadores em condições no serviço?	() quantidade
2.	Existe impressora no serviço?	() Sim () Não
3.	Televisão em condições de uso?	() Sim () Não
4.	Existe acesso à internet neste serviço?	() Sim () Não
5.	Existe telefone funcionando no serviço?	() Sim () Não
6.	Arquivos para guardar prontuários dos pacientes em boas condições de uso?	() Sim () Não
7.	Cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade em quantidade suficiente e em boas condições de uso	() Sim () Não
8.	Mesas com gavetas nas salas de atendimento individual	() Sim () Não
10.	Mesa com no mínimo 8 lugares para realização de oficinas	() Sim () Não
11.	Armários para guardar materiais de oficinas	() Sim () Não
12.	Armário de aço para acondicionamento dos medicamentos da farmácia	() Sim () Não
13.	Armários para guardar objetos doa usuários	() Sim () Não
14.	Camas de solteiro no quarto coletivo	() Sim () Não
15.	Mesa para reunião dos profissionais	() Sim () Não
Acesso e acessibilidade do CAPS		
1.	O CAPS possui sinalização externa?	() Sim () Não
	Nas dependências do serviço do CAPS, existe:	() Entrada externa adaptada para cadeira de rodas () Corrimão nos locais não nivelados (ex.: escadas, rampas etc) () Todas as portas internas adaptadas para cadeira de rodas () Todos os corredores adaptados para cadeira de rodas () Todos os ambientes com sinalização – placa – facilitando o acesso (por exemplo: recepção, consultório, banheiro) Outros: _____
2.	O serviço disponibiliza na estrutura:	() O horário de funcionamento do serviço () A listagem (escopo) de ações/ofertas de

		serviços da equipe <input type="checkbox"/> A escala dos profissionais com nome e horários de trabalho <input type="checkbox"/> O telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde ou da secretaria estadual ou municipal de Saúde <input type="checkbox"/> Outros: _____
3.	Este serviço de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	O CAPS dispensa medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Medicamentos Componentes da Farmácia Básica		
Anticonvulsivante		
1.	Carbamazepina 200mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	Carbamazepina 400mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Clonazepam 2,5mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	Diazepam 5mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	Diazepam 5mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Diazepam 10mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	Fenitoína 100mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Fenitoína 100mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	Fenitoína 20mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	Fenitoína 50mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11.	Fenobarbital 100mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12.	Fenobarbital 100mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13.	Fenobarbita 40mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14.	Ácido valpróico 250mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15.	Ácido valpróico 50 mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16.	Ácido valpróico 500mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Sulfato de magnésio	<input type="checkbox"/> Sim

17.		<input type="checkbox"/> Não
Antidepressivos e estabilizadores de humor		
1.	Cloridrato de amitriplina 25mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	Cloridrato de amitriplina 75mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Cloridrato de clomipramina 10mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	Cloridrato de clomipramina 25mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	Cloridrato de fluoxetina 20mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Cloridrato de nortriptilina 10mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	Cloridrato de nortriptilina 25mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Cloridrato de nortriptilina 50mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	Cloridrato de nortriptilina 75mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	Carbonato de lítio 300mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Antipsicótico		
1.	Cloridrato de biperideno 2mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	Cloridrato de biperideno 4mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3.	Cloridrato de clorpromazina 5mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4.	Cloridrato de clorpromazina 40mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.	Cloridrato de clorpromazina 25mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.	Cloridrato de clorpromazina 100mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.	Haloperidol 1mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8.	Haloperidol 5mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9.	Haloperidol 2mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10.	Haloperidol 5mg/ml	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ansiolíticos		
1.	Cloridrato de clomipramina 10mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.	Cloridrato de clomipramina 25mg	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Materiais impressos		
1.	Ficha de acolhimento do usuário	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
2.	Ficha de evolução multiprofissional	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
3.	Projeto Terapeutico Singular	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
4.	Resumo de alta	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
5.	Ficha de contrareferência	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
6.	Formulário de readmissão do paciente	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
7.	Existência de material educativo sobre drogas e redução de danos	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não
8.	Existência de material educativo para as campanhas de saúde mental (janeiro branco e setembro amarelo)	<input type="checkbox"/> Sim
		<input type="checkbox"/> Não

INSTRUMENTO 2 – Coordenação do CAPS

IDENTIFICAÇÃO	
NOME COMPLETO:	
Data de nascimento:	Idade:
Tempo de coordenação:	
Qual o seu grau de escolaridade?	
(1) sem escolaridade	(7) curso técnico incompleto
(2) ensino fundamental completo	(8) ensino superior completo
(3) ensino fundamental incompleto	(9) ensino superior incompleto
(4) ensino médio completo	(10) pós graduação completa
(5) ensino médio incompleto	(11) pós graduação incompleta
(6) curso técnico completo	
Possui pós graduação? (0) Não (1) Sim	
Especialização: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Residência: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Mestrado: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Doutorado: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Quais são as suas tarefas no serviço como coordenador?	
Tarefa 1	
Tarefa 2	
Tarefa 3	
Tarefa 4	
Qual sua carga horária neste CAPS?	Horas/semana
Data de início do funcionamento do serviço:	
1. ASSISTÊNCIA A SAÚDE	
1.1 - O CAPS contempla:	
Acolhimento diurno	(0) Não (1) Sim
Acolhimento noturno	(0) Não (1) Sim
Acesso livre dos usuários?	(0) Não (1) Sim
Acesso com hora marcada dos usuários	(0) Não (1) Sim
1.2 - Que profissional realiza o acolhimento:	
Técnico de Enfermagem	(0) Não (1) Sim
Enfermeiro	(0) Não (1) Sim
Técnico administrativo	(0) Não (1) Sim
Psicólogo	(0) Não (1) Sim
Médico Psiquiatra	(0) Não (1) Sim
Assistente Social	(0) Não (1) Sim
Artesão	(0) Não (1) Sim

Terapeuta Ocupacional (0) Não (1) Sim Outro profissional? _____
1.3 - O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo? (0) Não (1) Sim Como você avalia a atuação da equipe no manejo a situação de crise? _____ _____ _____
1.4 - O atendimento à crise sem uso de leito de internação acontece: () Na maior parte das crises. () Na menor parte das crises. () Nenhuma crise é acolhida sem internação hospitalar.
1.5 – O serviço realiza atendimento dos usuários em situação de crise mesmo em ambientes fora do serviço do CAPS? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
1.6 – A equipe realiza discussão de casos dos usuários em situação de crise? (0) Não (1) Sim
1.7 – A equipe realiza elaboração do PTS e discute com o usuário e familiares? (0) Não (1) Sim
1.8 – A equipe recebeu alguma formação continuada sobre atenção à crise? (0) Não (1) Sim
1.9 – Existe algum protocolo de atenção a crise no serviço? (0) Não (1) Sim
1.9 – Há no serviço sistema de controle de estoque de medicamentos? (0) Não (1) Sim
1.10 – Os técnicos de referência realizam atendimento individual aos usuários? (0) Não (1) Sim
1.11 - O CAPS possui atividades de grupo? (0) Não (1) Sim Se sim as atividades grupais tem caráter: Operativo (0) Não (1) Sim Psicoterapia (0) Não (1) Sim Psico-educação (0) Não (1) Sim Prevenção de recaída (0) Não (1) Sim Outro: (0) Não (1) Sim, especificar: _____
1.12 – Há reuniões para o planejamento integrado dos grupos terapêuticos entre a equipe multiprofissional do serviço? (0) Não (1) Sim
1.13 – Os técnicos de referência avaliam as atividades em grupos com os usuários? (0) Não (1) Sim
1.14 - Se sim, há registro das avaliações dos grupos pelos usuários? (0) Não (1) Sim
1.15 - O serviço oferece Oficinas Terapêuticas () Não () Sim [3] NS/NR Se sim, quais?

<p>Artes (0) Não (1) Sim Música (0) Não (1) Sim Dança (0) Não (1) Sim Geração de renda (0) Não (1) Sim Outra: _____</p>
<p>1.16 - A equipe do CAPS realiza matriciamento junto a atenção básica? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim</p>
<p>1.17 - A equipe do CAPS realiza matriciamento junto a atenção básica? Existe documento que comprove?</p>
<p>1.18 - Você realiza visitas domiciliares? (0) Não (1) Sim</p>
<p>1.19 - Se sim, qual é o objetivo da visita? (1) Busca ativa (0) Não (1) Sim (2) Acompanhamento da situação (0) Não (1) Sim (3) Acompanhamento de situações agudas (0) Não (1) Sim (4) Outro, qual (is): _____</p>
<p>1.20 - Qual profissional realiza visitas domiciliares Médico Psiquiatra (0) Não (1) Sim Psicólogo (0) Não (1) Sim Enfermeiro (0) Não (1) Sim Assistente Social (0) Não (1) Sim Terapeuta Ocupacional (0) Não (1) Sim Técnico de Enfermagem (0) Não (1) Sim Outro profissional, qual (is): _____</p>
<p>1.21 - Com que frequência são realizadas as visitas domiciliares? (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimestral (5) Conforme a necessidade (6) Outro, qual? _____</p>
<p>1.22 - O serviço possui transporte para a realização de visitas domiciliares? (0) Não (1) Sim</p>
<p>1.23- Se sim: com que frequência o transporte está disponível para o uso do serviço? (1) Todos os dias (2) Duas vezes por semana (3) Três vezes por semana (4) Uma vez por semana (5) Outro, qual? _____</p>
<p>2. TERRITÓRIO</p>
<p>2.1 – O CAPS promove reuniões para discussão de casos intersetoriais? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim</p>

2.2 – A equipe do CAPS realiza visita domiciliar conjunta com outros profissionais, tais como (ESF, NASF, CRAS) (0) Não (1) Sim
2.3 – A equipe do CAPS realiza matriciamento junto a rede de saúde? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim
2.4 – A equipe realiza fórum de saúde mental com objetivo de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial? Se sim qual a data do último Fórum realizado? (0) Não (1) Sim
3. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
3.1 – A equipe do CAPS realiza atividades terapêuticas extra muros com os usuários? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim
3.2 - A equipe do CAPS realiza atividades de redução de danos? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim
3.3 – Existe formação continuada sobre a Política de drogas e redução de danos? Se sim, existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim
3.4 - Realiza Assembléias? () Não () Sim [3] NS/NR
3.5 - Se sim, com que periodicidade? (1) Semanal (2) Quinzenal (2) Mensal (3) Bimestral (4) Semestral (5) Outra, qual? _____
3.6 - Quem participa das Assembleias? (1) Usuários (0) Não (1) Sim (2) Familiares (0) Não (1) Sim (3) Equipe (0) Não (1) Sim (4) Comunidade (0) Não (1) Sim (5) Outros (0) Não (1) Sim Quais? _____
3.7 – Os usuários participam rotineiramente de espaços de discussões coletivos, tais como Conselhos e Conferências de Saúde? Se sim, há documento que comprove? (0) Não (1) Sim
3.8 – Existe articulação com os serviços da rede para a garantia da integralidade da atenção a saúde aos usuários admitidos no serviço? (0) Não (1) Sim
3.9 – Há serviços contratualizados no território que apoiem na autonomia e inserção social do usuário com transtorno mental? Se sim, existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim
3.10 – Existe projetos de geração de renda oferecidos no serviço? (0) Não (1) Sim

Se sim, quando e qual foi o último projeto de geração de renda realizado?	
4. GESTÃO DO CAPS	
4.1 – Existe reunião com a equipe no CAPS para planejamento de atividades a serem executadas no mês? Se sim, existe documento que comprove?	
(0) Não (1) Sim	
4.2 – Existe projeto Institucional do CAPS atualizado?	
(0) Não (1) Sim, mas desatualizado (2) Sim e atualizado	
4.3 – Existe protocolo de atenção à situação de crise em pontos estratégicos da RAPS?	
(0) Não (1) Sim	
4.4 – Existe reunião para discussão rotineira de casos? Se sim, existe documento que comprove	
(0) Não (1) Sim	
4.5 – Há monitoramento mensal da produção do CAPS com feedback a equipe?	
(0) Não (1) Sim	
4.6 – Há instrumento de autoavaliação do processo de trabalho do CAPS?	
(0) Não (1) Sim	
4.7 – Existe realização de autoavaliação anual do processo de trabalho do CAPS?	
(0) Não (1) Sim	
4.8 - Existe indicadores institucionalizados no serviço para avaliação?	
(0) Não (1) Sim	
4.9 – Se sim, com que periodicidade é realizada avaliação?	
4.10 – A equipe possui instrumento de planejamento estratégico que sinaliza os principais problemas a serem enfrentados, bem como as estratégias para a superação de tais problemas?	
(0) Não (1) Sim	
4.11 – Existe relatório mensal do serviços com as ações realizadas no mês?	
(0) Não (1) Sim	
5. MOBILIZAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO NA SAÚDE	
5.1 - Há realização de ações de mobilização com a sociedade sobre os cuidados com a saúde mental e prevenção do suicídio? Se sim, existe documentos que comprove?	
(0) Não (1) Sim	
5.2 – Existe materiais educativos no serviço sobre as campanhas nacionais da saúde mental (janeiro branco e setembro amarelo)?	
(0) Não (1) Sim	
5.3 – Existe atividades de educação permanente com os profissionais do CAPS? Se sim, existe documento que comprove?	
(0) Não (1) Sim	
5.4 – Há participação da equipe em eventos de saúde mental, tais como Congressos, seminários, simpósios? Se sim, há documento que comprove?	
(0) Não (1) Sim	

INSTRUMENTO 3 – PROFISSIONAIS DO CAPS

IDENTIFICAÇÃO	
NOME COMPLETO:	
Data de nascimento:	Idade:
Há quanto tempo trabalha no CAPS?	
Qual a sua profissão?	
Qual o seu grau de escolaridade?	
(1) sem escolaridade	(7) curso técnico incompleto
(2) ensino fundamental completo	(8) ensino superior completo
(3) ensino fundamental incompleto	(9) ensino superior incompleto
(4) ensino médio completo	(10) pós graduação completa
(5) ensino médio incompleto	(11) pós graduação incompleta
(6) curso técnico completo	
Possui pós graduação? (0) Não (1) Sim	
Especialização: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Residência: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Mestrado: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Doutorado: Na área de saúde mental (0) Não (1) Sim	
Fora da área (0) Não (1) Sim Se sim, qual:	
Quais são as suas tarefas no serviço?	
Tarefa 1	
Tarefa 2	
Tarefa 3	
Tarefa 4	
Qual sua carga horária neste CAPS?	Horas/semana
Como é o vínculo empregatício que você tem nesse serviço?	
1. ASSISTÊNCIA A SAÚDE	
1.1 – Você realiza acolhimento aos usuários e familiares que buscam o serviço do CAPS?	
(0) Não (1) Sim (2) Não sabe	
Se sim, em média você sabe dizer quantos acolhimentos você realiza por semana?	
1.2 - O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise como surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo?	
(0) Não (1) Sim	
Como você avalia a sua atuação da equipe no manejo a situação de crise?	

1.3 - O atendimento à crise sem uso de leito de internação acontece: (0) Sim, na maior parte das crises. (1) Sim, na menor parte das crises. (2) Nenhuma crise é acolhida sem internação hospitalar.
1.4 – O serviço realiza atendimento dos usuários em situação de crise mesmo em ambientes fora do serviço do CAPS? (0) Sim, com frequência (1) Sim, com pouca frequência (2) Não (3) Não sabe
1.5 – A equipe realiza discussão de casos dos usuários em situação de crise? (0) Sim, com frequência (1) Sim, com menos frequência (2) Não (3) Não sabe
1.6 – A equipe realiza elaboração do PTS e discute com o usuário e familiares? (0) Sim, na maior parte das vezes (1) Sim, na menor parte das vezes (2) Não realiza (3) Não sabe
1.7 – A equipe recebeu alguma formação continuada sobre atenção à crise? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
Existe algum protocolo de atenção a crise no serviço? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
1.8 – Você realiza atividades em grupo com os usuários? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
1.9 - É realizado planejamento das atividades em grupo a serem realizadas de acordo com a necessidade dos usuários? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe Se sim, há documento que comprove? (0) Não (1) Sim
1.10 – A equipe avalia as atividades em grupos com os usuários? (0) Não (1) Sim Se sim, há registro das avaliações dos grupos pelos usuários? (0) Não (1) Sim
1.11 - O serviço oferece Oficinas Terapêuticas () Não () Sim [3] Não sabe Se sim, quais? Artes (0) Não (1) Sim Música (0) Não (1) Sim Dança (0) Não (1) Sim Geração de renda (0) Não (1) Sim Outra: _____
1.12 - Você realiza atendimento individualizado aos usuários que tenham necessidade? (0) Não (1) Sim
1.13 - A equipe do CAPS realiza matriciamento junto a atenção básica? Existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
1.14 - Você realiza visitas domiciliares? (0) Não (1) Sim
1.15- Se sim, qual é o objetivo da visita? (1) Busca ativa (0) Não (1) Sim (2) Acompanhamento da situação (0) Não (1) Sim (3) Acompanhamento de situações agudas (0) Não (1) Sim (4) Outro, qual (is):

<p>1.16 - O serviço possui transporte para a realização de visitas domiciliares? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim</p>
<p>1.17 - Com que frequência são realizadas as visitas domiciliares? <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quinzenal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Bimestral <input type="radio"/> Conforme a necessidade <input type="radio"/> Outro, qual? _____</p>
<p>2. TERRITÓRIO</p>
<p>2.1 – O CAPS promove reuniões para discussão de casos intersetoriais? Existe documento que comprove? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>2.2 – A equipe do CAPS realiza visita domiciliar conjunta com outros profissionais, tais como (ESF, NASF, CRAS) <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe Se sim, você lembra a data da última visita domiciliar conjunta realizada?</p>
<p>2.4 - A equipe do CAPS realiza matriciamento junto ao serviço de urgência? Existe documento que comprove? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>2.5 – A equipe realiza fórum de saúde mental com objetivo de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial? Se sim qual a data do último Fórum realizado? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>3. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL</p>
<p>3.1 – A equipe do CAPS realiza atividades terapêuticas extra muros com os usuários? Existe documento que comprove? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>3.2 - A equipe do CAPS realiza atividades de redução de danos? Existe documento que comprove? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>3.3 – Existe formação continuada sobre a Política de drogas e redução de danos? Se sim, existe documento que comprove? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>3.4 – o serviço realiza Assembléias? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não sabe</p>
<p>3.5 - Se sim, com que periodicidade? <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quinzenal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Bimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outra, qual? _____</p>
<p>3.6 - Quem participa das Assembleias?</p>

(1) Usuários	(0) Não	(1) Sim	
(2) Familiares	(0) Não	(1) Sim	
(3) Equipe	(0) Não	(1) Sim	
(4) Comunidade	(0) Não	(1) Sim	
(5) Outros	(0) Não	(1) Sim	Quais?
<hr/>			
3.7 – Os usuários participam rotineiramente de espaços de discussões coletivos, tais como Conselhos e Conferências de Saúde? Se sim, há documento que comprove? (0) Não (1) Sim (2) esporadicamente (3) Não sabe			
3.8 – Existe articulação com os serviços da rede para a garantia da integralidade da atenção a saúde aos usuários admitidos no serviço? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe			
3.9 – Há serviços contratualizados no território que apoiem na autonomia e inserção social do usuário com transtorno mental? Se sim, existe documento que comprove? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe			
3.10 – Existe projetos de geração de renda oferecidos no serviço? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe Se sim, quando e qual foi o último projeto de geração de renda realizado?			
4. MOBILIZAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO NA SAÚDE			
4.1 - Há realização de ações de mobilização com a sociedade sobre os cuidados com a saúde mental e prevenção do suicídio? Se sim, existe documentos que comprove? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe			
4.2 – Existe materiais educativos no serviço sobre as campanhas nacionais da saúde mental (janeiro branco e setembro amarelo)? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe			
4.3 – Você participou no último ano de eventos de saúde mental, tais como Congressos, seminários, simpósios? Se sim, há documento que comprove? (0) Não (1) Sim			

INSTRUMENTO 4 – Usuários admitidos no CAPS II do município de Bezerros/PE

DATA DA ENTREVISTA: ___/___/_____

1. USUÁRIO (A):

2. SEXO: Masculino [1] Feminino [2] Data de nascimento: ___/___/_____

Idade: _____

3. _____ Bairro _____ onde reside

4. Raça/Etnia: [1] Negro(a) [2] Branco(a) [3] Pardo(a)/Moreno(a) [4] Indígena [5] Outro _____

5. Estado civil: [1] Solteiro(a) [2] Casado(a) [3] União estável [4] Viúvo(a) [5] Divorciado(a)

[6] Outro _____

6. Escolaridade (O Sr. (a) estudou até que série?)

[1] Não sabe ler/escrever

[2] Alfabetizado

[3] Fundamental incompleto

[4] Fundamental completo

[5] Médio incompleto

[6] Médio completo

[7] Superior completo

[8] Superior incompleto

[9] Pós-graduação

7. O Sr. (a) mora com quem?

[1] com familiar [2] sozinho [3] com amigos [4] outros: _____

8. O Sr. (a) apresenta vínculo empregatício?

[1] Sim

[2] Não

Se sim, qual a ocupação? _____

9. Fonte de renda: [1] renda própria [2] benefícios/aposentadorias [3] rendas familiares [4] vive de doações [5] Outro _____

10. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) frequenta este serviço?

[1] 6 meses ou menos

[2] de 7 a 12 meses

[3] de 1 a 2 anos

[4] de 3 a 5 anos

[5] mais de 5 anos

11. Quem encaminhou o(a) Sr.(a) ao CAPS?

- [01] Minha própria decisão
- [02] Uma pessoa da família
- [03] Um amigo
- [04] Um médico/ terapeuta
- [05] Um serviço de referência
- [06] A polícia
- [07] Ordem judicial
- [08] outro _____
- [09] Não sei

12. Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento no CAPS?

13. O(a) sr(a) usou algum remédio para esse problema?

- [1] Sim [2] Não [3] NS/NR

14. Como o(a) Sr. (a) consegue estes remédios na maioria das vezes?

- [1] No CAPS [2] Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/ Farmácia Municipal [3] Metade do CAPS, metade na SMS [4] Tem que comprar [5] Metade consegue de graça, metade tem que comprar. Outro: _____

15. Como o Sr (a) avalia o fornecimento dos medicamentos no CAPS para o seu tratamento?

- [1] Péssimo
- [2] Ruim
- [3] Regular
- [4] Bom
- [5] Excelente

16. Alguém do CAPS já veio na sua casa lhe fazer uma visita?

- [1] Sim [2] Não [3] NS/NR

17. Em geral, como o(a) Sr.(a) classificaria a disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe do CAPS?

- [1] Péssimo

[3] Conversar e interagir com os demais usuários que frequentam o serviço

[4] Outros:

23. O Sr. (a) participa de algum grupo terapêutico?

[1] Sim [2] Não

Se sim, qual grupo:

24. O Sr. (a) está satisfeito com as atividades desenvolvidas no grupo terapêutico?

[1] Muito insatisfeito

[2] Insatisfeito

[3] Indiferente

[4] Satisfeito

[5] Muito satisfeito

25. Como o(a) Sr.(a) classificaria as condições gerais das instalações (exemplo: instalações de banheiro/cozinha, refeitório, prédio, etc.)?

[1] Péssimo

[2] Ruim

[3] Regular

[4] Bom

[5] Excelente

26. O(a) Sr.(a) ficou satisfeito com o conforto e a aparência do CAPS?

[1] Muito insatisfeito

[2] Insatisfeito

[3] Indiferente

[4] Satisfeito

[5] Muito satisfeito

27. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de ajuda, o(a) Sr.(a) recomendaria a ele(a) o CAPS?

[1] Não, com certeza

[2] Talvez não

[3] Indiferente

[4] Talvez sim

[5] Sim, com certeza

28. Na sua opinião, o serviço no CAPS poderia ser melhorado?

[1] Não, com certeza

[2] Talvez não

[3] Indiferente

[4] Talvez sim

[5] Sim, com certeza

Se Sim, de que maneira?

Você gostaria de deixar algum comentário? Se sim, qual?

APÊNDICE 2 – Termos Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE - I

PROFISSIONAIS – VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

Titulo do Projeto: Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE

Pesquisadora responsável: Gilcele Marília da Silva

Instituição que pertence pesquisadora responsável: IMIP

Telefone para contato: (81) 99191-6506

O Sr. (a) _____ está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE, de responsabilidade do pesquisador Gilcele Marília da Silva. Este Projeto considera que avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, possam desenvolver ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de buscar proporcionar condições mais humanizadas, visando à qualidade da assistência. Além disso, o exame das práticas de saúde constitui-se em ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do município de Bezerros-PE, com vistas à institucionalização dessa prática pelo serviço.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar da validação de instrumentos da pesquisa, tais como Modelo Lógico e Matriz de Julgamento relacionados ao serviço do CAPS II, via *e-mail*. Sua participação terá grande contribuição nesta pesquisa, pois por meio das informações obtidas poderemos avaliar a implantação do CAPS, bem como a consolidação do modelo psicossocial, buscando aferir a qualidade da atenção à saúde ofertado podendo visualizar as potencialidades e as fragilidades, o que poderá proporcionar a qualificação da assistência prestada ao usuário portador de transtorno mental grave.

Afirmamos que as informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Seus dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Informamos ainda que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis (Docentes pesquisadores: Eronildo Felisberto, Ana Coelho Albuquerque e Aluna, Gilcele Marília da Silva) no email: gilcele@hotmail.com ou no telefone (81) 99191-6506. Também poderá fazer

contato em caso de dúvida com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, que objetiva defender os direitos dos participantes e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda as condutas éticas. O CEP-IMIP está localizado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista – Diretoria de Pesquisa do IMIP. Prédio administrativo Orlando Onofre, 1º andar, telefone: 081 2122-4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta no horário de 7h às 11h30min (manhã) e 13h30min às 16h (tarde).

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, _____ de _____ de 2019.

Assinatura

TCLE II - (profissional do CAPS)

Titulo do Projeto: Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE

Pesquisadora responsável: Gilcele Marília da Silva

Instituição que pertence pesquisadora responsável: Secretaria Municipal de Saúde Bezerros/PE

Telefone para contato: (081) 99191-6506

O Sr. (a) _____ está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE, de responsabilidade do pesquisador, Gilcele Marília da Silva. Considerando que, avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de buscar proporcionar condições mais humanizadas, visando à qualidade da assistência. Além disso, o exame das práticas de saúde constitui-se em ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do município de Bezerros-PE, com vistas à institucionalização dessa prática pelo serviço.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista e responder as questões que constam em um questionário estruturado com perguntas relacionadas ao serviço do CAPS II. A entrevista será gravada para que facilite a transcrição das respostas e análise das informações repassadas. A sua participação terá grande contribuição nesta pesquisa, pois através das informações obtidas, poderemos avaliar a implantação do CAPS, bem como a consolidação do modelo psicossocial, buscando aferir a qualidade da atenção à saúde ofertado podendo visualizar as potencialidades e as fragilidades, o que poderá proporcionar a qualificação da assistência prestada ao usuário portador de transtorno mental grave.

Cabe ressaltar que o risco é possível em qualquer tipo de pesquisa e nesse caso, os riscos relacionados com sua participação podem ser intimidação, vergonha ou constrangimento, uma vez que em determinados momentos podem estar expondo aspectos pessoais de sua vida pessoal ou profissional. Entretanto afirmamos que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Informamos ainda que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis (Docentes pesquisadores:

Eronildo Felisberto, Ana Coelho Albuquerque e Aluna, Gilcele Marília da Silva) no email: gilcele@hotmail.com ou no telefone (81) 99191-6506. Também poderá fazer contato em caso de dúvida com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, que objetiva defender os direitos dos participantes e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda as condutas éticas. O CEP-IMIP está localizado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista – Diretoria de Pesquisa do IMIP. Prédio administrativo Orlando Onofre, 1º andar, telefone: 081 2122-4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta no horário de 7h às 11h30min (manhã) e 13h30min às 16h (tarde).

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por, _____, RG nº _____, concordo com a sua participação como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, _____ de _____ de 2018.

Nome ou assinatura do responsável por obter o consentimento

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Testemunha

Testemunha

TCLE III (Usuários do CAPS)

Titulo do Projeto: Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE

Pesquisadora responsável: Gilcele Marília da Silva

Instituição que pertence pesquisadora responsável: Secretaria Municipal de Saúde Bezerros/PE

Telefone para contato: (081) 99191-6506

O Sr. (a) _____ está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE, de responsabilidade do pesquisador, Gilcele Marília da Silva. Considerando que, avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de buscar proporcionar condições mais humanizadas, visando à qualidade da assistência. Além disso, o exame das práticas de saúde constitui-se em ferramenta importante para a transformação da realidade, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação do Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do município de Bezerros-PE, com vistas à institucionalização dessa prática pelo serviço.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevista e responder as questões que constam em um questionário estruturado com perguntas relacionadas ao serviço do CAPS II. A sua participação terá grande contribuição nesta pesquisa, pois através das informações obtidas, poderemos avaliar a implantação do CAPS, bem como a consolidação do modelo psicossocial, buscando aferir a qualidade da atenção à saúde ofertado podendo visualizar as potencialidades e as fragilidades, o que poderá proporcionar a qualificação da assistência prestada ao usuário portador de transtorno mental grave.

Cabe ressaltar que o risco é possível em qualquer tipo de pesquisa e nesse caso, os riscos relacionados com sua participação podem ser intimidação, vergonha ou constrangimento, uma vez que em determinados momentos podem estar expondo aspectos pessoais de sua vida pessoal ou profissional. Entretanto afirmamos que as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Informamos ainda que a sua participação nesta pesquisa é voluntária e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o senhor (a), podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis (Docentes pesquisadores: Eronildo Felisberto, Ana Coelho Albuquerque e Aluna, Gilcele Marília da Silva) no

email: gilcele@hotmail.com ou no telefone (81) 99191-6506. Também poderá fazer contato em caso de dúvida com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, que objetiva defender os direitos dos participantes e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, desde que atenda as condutas éticas. O CEP-IMIP está localizado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista – Diretoria de Pesquisa do IMIP. Prédio administrativo Orlando Onofre, 1º andar, telefone: 081 2122-4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta no horário de 7h às 11h30min (manhã) e 13h30min às 16h (tarde).

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____, responsável legal por, _____, RG nº _____, concordo com a sua participação como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, _____ de _____ de 2018.

Nome ou assinatura do responsável por obter o consentimento

Nome e assinatura do paciente ou responsável legal

Testemunha

Testemunha

ANEXO 1 – Carta de anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a Mestranda *Giúcele Marília da Silva* a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado, *Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, modalidade II do município de Bezerros/PE*, que está sob a orientação do Prof. Eronildo Felisberto e coorientadora Ana Coelho de Albuquerque cujo objetivo é avaliar a implantação do CAPS II do município de Bezerros-PE, com vistas à institucionalização dessa prática pelo serviço.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Bezerros, 26 de Dezembro de 2018.

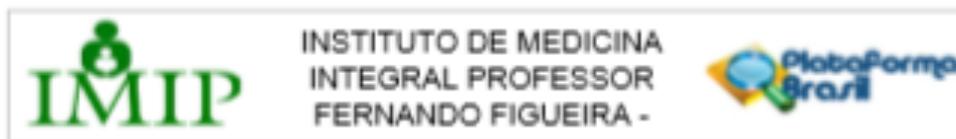


José Milcídes B. da Silva
Secretário Municipal de Saúde

José Milcídes B. Da Silva
Secretário Municipal de Saúde

Rua Vitoriano Pereira de Lima nº 84 – Centro – CEP 55660.000 - Bezerros/PE

ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 4 CAPS, MODALIDADE II DO MUNICÍPIO DE BEZERROS/PE

Pesquisador: Eronido Felsberto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09877119.4.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

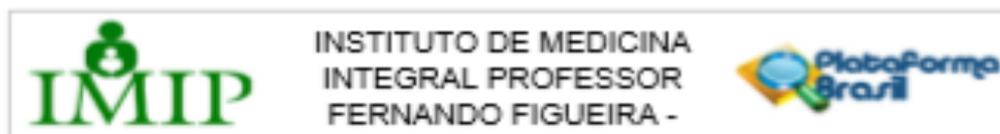
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.260.206

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Saúde Mental vigente no Brasil visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar mediante a implementação dos serviços substitutivos. O CAPS é um desses serviços, formado por equipe multiprofissional, o qual deve direcionar suas intervenções no sentido de buscar reabilitar o indivíduo, reintegrando-o na sua família e comunidade. Na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, os CAPS se diferenciam entre si, de acordo com a clientela atendida (transtornos mentais, álcool e outras drogas, e infanto-juvenil), sendo classificados por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional: CAPS I, II, III, CAPS AD (álcool e drogas), CAPS AD III e CAPS infantil. É estabelecido que os CAPS devem prestar como assistência ao usuário de seus serviços: atendimento individual e grupal, atendimento por oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que insiram o usuário em seu meio social, comunitário e familiar. Considerando que avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir para que os profissionais de saúde, juntamente com os órgãos competentes, desenvolvam ações especializadas de atendimento aos usuários, a fim de buscar proporcionar condições mais humanizadas, visando a qualidade da assistência, o presente projeto de pesquisa tem como objetivo avaliar a implantação do CAPS II do município de Bezerros-PE, com vistas à institucionalização dessa prática. Para tal, pretende-se estimar o grau de implantação do serviço (estrutura e processo), bem como analisar os indicadores de efeitos do CAPS, para,

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Cidade: Boa Vista **CEP:** 50.070-902
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4795 **Fax:** (81)2122-4792 **E-mail:** comitedetica@imp.org.br



Continuação do Parecer: 3.293.208

posteriormente, o resultado do grau de implantação ser comparado com os indicadores de efeito, a fim de identificar elementos que exerçam influência no alcance dos resultados. O modelo lógico da intervenção será elaborado, o qual expõe como os componentes do serviço do CAPS se articulam por meio de atividades desenvolvidas e recursos disponíveis para alcançar os resultados. A partir do modelo lógico será elaborada a matriz de julgamento do serviço. Ambos os instrumentos serão submetidos à validação por especialistas em saúde mental e avaliação. A coleta de dados se dará por meio de questionário a ser elaborado com base matriz de julgamento para avaliar a estrutura e o processo do CAPS. Além disso, será realizada a análise de documentos do serviço. Os dados serão digitados nos programas Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Office Word 2007 e analisados a partir dos valores obtidos na matriz de análise e julgamento. O projeto foi elaborado em consonância com os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Avaliar a implantação do CAPS II do município de Bezerros/PE, com vistas à institucionalização dessa prática pelo serviço.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar o grau de implantação (estrutura e processo de trabalho) do CAPS II de Bezerros-PE.
- Analisar os indicadores de efeitos do CAPS II de Bezerros-PE.
- Comparar o resultado do grau de implantação aos indicadores de efeito para a identificação de elementos que exerceram influência no alcance dos resultados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descritos conforme boas condutas éticas vigentes em normativas do ministério da saúde do Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Coerente, relevante e importante para o contexto que se pretende aplicar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Condizentes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

