

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATÁLIA DE MAGALHÃES RIBEIRO GOMES

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMÓPOLIS DE MINAS/MG**

BELO HORIZONTE/MG

2021

NATALIA DE MAGALHÃES RIBEIRO GOMES

**AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS DO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMÓPOLIS DE MINAS/MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE/UFMG, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Odete Pereira

BELO HORIZONTE/MG

2021

Gomes, Natalia de Magalhães Ribeiro.
G633a Avaliação de estrutura, processo e resultados do Centro de
Atenção Psicossocial de Carmópolis de Minas/MG
[manuscrito]. / Natalia de Magalhães Ribeiro Gomes. - Belo
Horizonte: 2021.

179f.: il.

Orientador (a): Maria Odete
Pereira. Área de concentração:
Saúde e enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 2. Serviços
Comunitários de Saúde Mental. 3. Saúde Mental. 4.
Enfermagem. 5. Serviços de Saúde. 6. Dissertação Acadêmica.
I. Pereira, Maria Odete. II. Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 30.5



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 671 (SEISCENTOS E SETENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA NATÁLIA DE MAGALHÃES RIBEIRO GOMES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 19 (dezenove) dias do mês de maio de dois mil vinte e um, às 09:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMÓPOLIS DE MINAS/MG", da aluna **Natália de Magalhães Ribeiro Gomes**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Odete Pereira (orientadora), Isabela Silva Cancio Velloso e Marina Nollí Bittencourt, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de maio de 2021.

Profª. Drª. Maria Odete Pereira
Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso
(EE/UFMG)

Profª. Drª. Marina Nollí Bittencourt
(UFMT)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 07.06.2021

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **NATÁLIA DE MAGALHÃES RIBEIRO GOMES**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES**ASSINATURAS**

Profª. Drª. Maria Odete Pereira

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso

Profª. Drª. Marina Nollí Bittencourt



Documento assinado eletronicamente por **Marina Nollí Bittencourt, Usuário Externo**, em 18/06/2021, às 19:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 21/06/2021, às 08:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Odete Pereira, Professor do Magistério Superior**, em 21/06/2021, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 21/06/2021, às 13:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0791297** e o código CRC **7C4E0E86**.

Referência: Processo nº 25072.215084/2020-98

SEI nº 0791297

HOMOLOGADO em reunião do CFC

Em 08 de Maio de 2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pesquisa

Mário Fernando Montenegro Campos

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Junior

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Diretora

Sônia Maria Soares

Vice-Diretora

Simone Cardoso Lisboa Pereira

Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Kênia Lara da Silva

Subcoordenadora do Colegiado de Pós-Graduação

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

A Deus,
pelo dom da vida, saúde e sabedoria.

A minha família e amigos
pela presença incondicional em minha vida e pelo incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

À Professora e orientadora, Dra. Maria Odete Pereira,
pelos ricos conhecimentos compartilhados, pela acolhida e aconselhamentos, por estar sempre disponível a me orientar e pela amizade construída ao longo desses anos.

À UFMG, ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG e aos mestres,
pela dedicação aos discentes.

Aos colegas do curso de mestrado:
pela partilha de experiências e conhecimento construído durante as disciplinas do mestrado.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas de Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos:
pelas contribuições ao projeto e pelos momentos de aprendizagem em grupo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
pelo auxílio financeiro com bolsa de pesquisa, que me permitiu dedicar a minha pesquisa.

A equipe do CAPS Dona Dinica do município de Carmópolis de Minas, a Daniela Leite e Rosiane Faleiro,
pela disponibilidade do campo e pela acolhida e apoio para que a pesquisa fosse possível.

Aos usuários e familiares do CAPS Dona Dinica,
por se disporem a participar da minha pesquisa, colaborando para que fosse possível contemplar todas as etapas propostas.

GOMES, N. M. R. Avaliação de Estrutura, Processo e Resultados do Centro de Atenção Psicossocial de Carmópolis de Minas/MG. 2021. 179f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

Introdução: A história da psiquiatria brasileira é marcada pela ótica manicomial, com foco na hospitalização e medicalização. Por muitos anos, os hospitais psiquiátricos eram vistos como a única alternativa de tratamento para os indivíduos com algum tipo de transtorno mental. A partir de 1970, inicia-se um movimento antimanicomial de trabalhadores, usuários e familiares. Nesta direção, a partir do final da década de 1980 novas perspectivas terapêuticas são introduzidas no campo da saúde mental e da psiquiatria, que se voltavam para as necessidades das pessoas que vivenciavam o adoecimento psíquico, e, portanto, partiam do pressuposto de que o problema não era a doença em si, mas as relações que se estabelecia com ela. Dessa forma, surgia um novo modelo de tratamento para as pessoas com transtornos mentais, baseado no cuidado em liberdade, produzido em serviços de base territorial, por equipes interdisciplinares de saúde. Esse movimento reformista culminou na publicação da Lei nº 10.216, de 2001, com a elaboração de novas alternativas aos problemas relacionados à vivência de adoecimento psíquico, incorporando novos conceitos, como os da desinstitucionalização e da atenção psicossocial, que norteou a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial, que respeitasse as singularidades dos usuários em adoecimento psíquicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Assim, estes serviços assumem especial relevância no cenário das práticas em Saúde Mental no País, configurando-se como dispositivo estratégico para a consolidação da Atenção Psicossocial. O presente estudo foi desenvolvido no CAPS do município de Carmópolis de Minas – MG. O serviço, de modalidade I, foi implantando em agosto de 2019 e oferece cuidados em saúde mental, por meio de uma equipe multiprofissional. **Objetivo:** avaliar estrutura, processo e resultados CAPS do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG. **Método:** Trata-se de estudo de caso, avaliativo, transversal, interpretativo, de natureza qualitativa. Foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial do município de Carmópolis de Minas – MG. Participaram deste estudo a secretária de saúde do município; oito profissionais da equipe técnica do CAPS e a coordenadora do serviço; sete usuários do CAPS e oito familiares. Para a coleta de dados utilizou-se entrevistas individuais e grupos focais. Os dados foram coletados entre os meses de outubro e novembro de 2020. As entrevistas e grupos focais foram audiogravadas e transcritas na íntegra. Para a análise dos dados utilizou-se Análise de discurso proposta por Minayo. Esse processo foi realizado com suporte do *software MAXQDA 20.0*. **Resultados:** Em relação à Estrutura, profissionais, usuários e familiares demonstraram estar satisfeitos com a estrutura física do CAPS, apesar de terem sido apontadas algumas necessidades de reajustes estruturais. Os recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas terapêuticas foram apontados como insuficientes. A equipe profissional do CAPS estava quantitativamente de acordo ao preconizado pela Portaria nº 336/2002 do Ministério da Saúde, entretanto, não foi consenso para os profissionais do serviço que o dimensionamento pessoal fosse suficiente para atender às demandas de saúde mental do município. Na dimensão Processo, verificou-se que há algumas inconformidades entre as ações oferecidas no CAPS e as estabelecidas pelas normativas legais. Neste sentido, algumas práticas assistenciais ainda eram parciais, como a oferta limitada de oficinas; inexistência de atividades com familiares; elaboração do PTS para apenas uma parcela dos usuários; inexistência de cronograma para as reuniões de equipe; melhor articulação intra e intersetorial para ações conjuntas que permitam a reabilitação psicossocial de usuários. Em relação ao Resultados, familiares e usuários perceberam mudança

positiva em suas vidas após acompanhamento pela equipe do CAPS. **Conclusão:** Na dimensão Estrutura, o serviço atendeu quase que em totalidade o preconizado pelas normativas do Ministério da Saúde, que rege os serviços comunitários de saúde mental. Na dimensão Processo, o serviço apresentou fragilidades em algumas práticas assistenciais, que precisam ser aprimoradas pela equipe técnica do serviço. Na dimensão Resultados, usuários e familiares, unanimemente manifestaram-se satisfeitos com o cuidado ofertado no CAPS.

Palavras-chave: Avaliação de serviços de saúde; Serviço comunitário de saúde mental; Saúde mental; Enfermagem; Serviços de saúde

GOMES, N. M. R. Evaluation of Structures, Process and Results of Psychosocial Care Centers of Carmópolis de Minas/MG. 2021. 179f. Dissertation (Masters) – School of Nursing. Department of Applied Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The history of mental health is marked by an asylum perspective, with a focus on hospitalization and medicalization. For many years, psychiatric hospitals were seen as the only treatment alternative for individuals with some type of mental disorder. From 1970, an anti-asylum movement of workers, users and family members began. In this sense, from the end of the 1980s, new therapeutic perspectives were introduced in the field of mental health and psychiatry, which focused on the needs of individuals with mental disorders emerged, and, therefore, started from the assumption that the problem was not the disease itself, but the relationships that were established with it. Thus, a new model of treatment for people with mental disorders emerged, based on free care, produced in territorial-based services, by interdisciplinary health teams. This reformist movement culminated in the publication of Law nº 10.216, of 2001, with the elaboration of new alternatives to the problems related to the experience of psychological illness, incorporating new concepts, such as those of deinstitutionalization and psychosocial care, which guided the construction of a Health Network. Psychosocial Care, which respected the singularities of users in mental illness within the scope of the Unified Health System. In this context, the Psychosocial Care Centers (CAPS) were implemented. Thus, these services assume special relevance in the scenario of mental health practices in the country, being configured as a strategic device for the consolidation of Psychosocial Care. This study was developed at the CAPS in the city of Carmópolis de Minas – MG. The modality I service was implemented in August 2019 and offers mental health care through a multidisciplinary team. **Objective:** to evaluate the structure, process, and results of the Community Mental Health Service in the municipality of Carmópolis de Minas in the state of Minas Gerais. **Method:** This is a case study, evaluative, cross-sectional, interpretive, and qualitative. It was developed at the Community Mental Health Service in the municipality of Carmópolis de Minas, MG. Participants in the study included the municipality's health secretary; eight professionals from technical team and the service coordinator; seven CAPS users and eight users' family members. For data collection, individual interviews and focus groups were used. Data was collected during the months of October and November 2020. The interviews and focus groups were audio-recorded and transcribed in full. For the analysis of the data, discourse analysis proposed by Minayo was used. This process was carried out with support from MAXQDA 20.0 software. **Results:** Regarding the structure, professionals, users, and family members showed to be satisfied with the physical structure of the CAPS, although some needs for structural adjustments were pointed out. Material resources for the development of therapeutic workshops were identified as insufficient. The CAPS professional team was quantitatively in agreement with the recommendations of Ordinance No. 336/2002 of the Ministry of Health. However, there was no consensus among service professionals that the personal dimensioning was sufficient to meet the mental health demands of the municipality. As for the process, it can be seen that there are some non-conformities between the actions offered by CAPS and those established by law. As demonstrated, some care practices are still partial, such as the limitation of the workshops, lack of activities with family members, elaboration of the Singular Therapeutic Project for a portion of the users, lack of a schedule for team meetings, and better intersectoral articulation for psychosocial rehabilitation. Regarding

the result, family members and users noticed a positive change in the users' lives after being followed up at the CAPS. Conclusion: In the structure dimension, the service met, almost entirely, that recommended by the regulations of the Ministry of Health that governs community mental health services. In the process dimension, the service showed weaknesses in some practical care practices that need to be better developed by the service. In the results dimension, users and family members were unanimously satisfied with the care offered by CAPS.

Keywords: Health services evaluation, community mental health services, mental health, nursing process, health services

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Iniciação científica
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossociais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra final dos artigos (n= 34) referente à busca eletrônica na biblioteca virtual BVS.

Figura 2 - Gráfico da expansão dos CAPS no Brasil entre 1998 e 2015.

Figura 3 - Localização do município de Carmópolis de Minas-MG.

Figura 4 - Foto aérea do município de Carmópolis de Minas-MG.

Figura 5- Entrada do CAPS Dona Dinica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quantitativo de profissionais do Caps Dona Dinica por categoria no ano de 2020.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos artigos que compuseram essa revisão.

Quadro 2 - Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial brasileiro.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica da equipe do CAPS Dona Dinica.

Quadro 4 - Representação da jornada de trabalho dos profissionais da equipe técnica do CAPS Dona Dinica.

Quadro 5 - Características sociodemográficas dos usuários do CAPS Dona Dinica.

Quadro 6 - Características sociodemográficas dos familiares de usuários do CAPS Dona Dinica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
4 REFERENCIAL TEÓRICO	35
4.1 Contextualização histórico-político e social da loucura e da psiquiatria	35
4.2 Os caminhos percorridos até a Reforma Psiquiátrica Brasileira	38
4.3 Os Centros de Atenção Psicossocial	42
4.4 Avaliação de Serviços em Saúde Mental	48
4.5 Avaliação Tridimensional de Donabedian	51
5 PERCURSO METODOLÓGICO	54
5.1 TIPO DE ESTUDO	54
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	55
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	56
5.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	57
5.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	56
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	57
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	58
5.8. MAPA CONCEITUAL	59
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
6.1 A IMPLANTAÇÃO DO CAPS DONA DINICA	63
6.2 DIMENSÃO ESTRUTURA DO CAPS DONA DINICA	68
6.3 DIMENSÃO PROCESSO DO CAPS DONA DINICA	89
6.4 DIMENSÃO RESULTADOS DO CAPS DONA DINICA	124
7 CONCLUSÃO	149
8 REFERÊNCIAS	151
9 APÊNDICES	160
10. ANEXOS	174

APRESENTAÇÃO

Este projeto foi desenvolvido para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, no âmbito do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na linha de pesquisa de Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem.

Ao longo da minha Graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de me aproximar de estudos em saúde mental, ao participar de projetos de pesquisa e extensão, como bolsista. Ademais, me inseri no grupo de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos e participei da implantação do Departamento de Saúde Mental e Psiquiatria, da Associação Brasileira de Enfermagem – MG. Todas essas atividades desenvolvi com minha orientadora.

Com a intenção de desenvolver uma pesquisa na linha de gestão, mas que estivesse inserida no campo da saúde mental, eis que durante umas das reuniões do grupo de pesquisa, uma das integrantes trouxe a possibilidade de avaliação de um serviço de atenção psicossocial que seria implantado no município que ela trabalhava para fortalecer a atenção em saúde mental no território.

A oportunidade de atuar em um campo de pesquisa que estivesse aberto às intervenções em saúde mental e as conversas com minha orientadora, me levaram a abraçar a proposta de projeto de pesquisa para descrever o processo de implantação do serviço de saúde mental, recentemente implantado e avaliar se as práticas que estavam ali sendo desenvolvidas resultavam em mudanças positivas na saúde e na vida dos usuários e familiares.

Por fim, acredito que a avaliação dos serviços de saúde e das práticas de saúde seja ferramenta fundamental para melhoria da qualidade do cuidado, pois permite aproximar-se da realidade dos serviços e compreender o que os usuários e familiares esperam dos mesmos, com relação ao cuidado que lhes é ofertado. Para assim, implementar melhorias que tenham impacto direto na assistência integral à saúde.

1. INTRODUÇÃO

A história da psiquiatria brasileira é marcada pelo paradigma manicomial, tendo como práxis a negação do ser humano como sujeito, com foco na hospitalização e medicalização. Essas crenças e atitudes acabaram levando o indivíduo com transtorno mental à exclusão e ao isolamento em instituições psiquiátricas (CORREA, 2011).

Em 1801, o psiquiatra Philippe Pinel propôs a abertura das grades nos hospitais gerais. Todavia, ainda defendia a permanência dos ditos “loucos” nos asilos, pois julgava-se ser necessário observar, descrever e classificar os indivíduos com transtornos mentais, para que pudesse compreender a loucura (LIRA, 2016).

Entre os 1952 a 1970, os hospitais psiquiátricos eram vistos como a única opção de tratamento para as pessoas com algum tipo de transtorno mental. Nessas instituições, a violência entre os internos e a equipe de trabalho era uma prática comum, muitas vezes, entendida como forma de tratamento. No entanto, no final do século XIX, essa forma de tratamento começou a ser questionada (FOUCAULT, 2002).

Nessa busca por novas formas de tratamento, de fato, as grandes transformações na área da psiquiatria, aconteceram na década de 1970, quando teve início os movimentos que pontuaram a internação psiquiátrica como uma etapa do tratamento, sendo seu principal objetivo o retorno à sociedade. Contudo, foram a partir de denúncias de maus-tratos, de violação dos direitos humanos e de exclusão social, expostas em diversos países, que culminaram em discussões sobre o modo de tratar o indivíduo com transtorno mental (LIRA, 2016).

As novas perspectivas, na área da psiquiatria e saúde mental, partiam da hipótese de que a problemática não era a doença mental em si, mas as relações que se estabeleciam com ela. Nessa lógica, o psiquiatra italiano Franco Basaglia propôs que fossem abertas as portas do manicômio, rompendo então com o modelo de psiquiatria vigente e demonstrando que era possível tratar sem exclusão. Dessa forma, surgia um novo modelo de tratamento para os indivíduos com transtorno mental, baseados em um cuidado fora das instituições, voltado para o território (LIRA, 2016).

No Brasil, a partir da década de 1970 tem início o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que culminaria na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Nesta perspectiva, foram realizadas muitas denúncias acerca das violências nos hospitais psiquiátricos, das más

condições de trabalho, da mercantilização da loucura e da assistência psiquiátrica. No entanto, foi na década de 1980, que as reivindicações trabalhistas culminaram em uma inflexão nessa trajetória, seguindo os ideais da desinstitucionalização, de caráter antimanicomial, proposto por Basaglia (CORREA, 2011).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica permeou discussões e culminou na publicação da Lei nº 10.216, de 2001, com a construção de novas diretrizes aos problemas relacionados à saúde mental brasileira, incorporando novos conceitos, como os da desinstitucionalização e da atenção psicossocial (ALVES, 2017). Ademais, norteou os caminhos para a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que respeitasse as singularidades dos transtornos psíquicos, atentando para as inúmeras possibilidades de integração usuário/família/comunidade (BRASIL, 2011).

O modelo de atenção psicossocial é considerado um modo de cuidado em saúde mental que busca superar as práticas manicomiais historicamente instaladas. Este apresenta como recomendações fundamentais a transposição do local de execução das ações em saúde mental, ou seja, do ambiente fechado das instituições para a comunidade com enfoque na integralidade do cuidado; a superação médico-centrado e o fortalecimento de práticas que produzam subjetividade singularizada e a horizontalização das relações interprofissionais e desses com os usuários (ALVES, 2017).

Nesse contexto, do novo modelo de atenção em saúde mental, foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviços comunitários de base territorial, para ofertar cuidados integrais aos usuários, por meio de equipes interprofissionais, tendo por objeto as necessidades dos mesmos. Estes serviços tiveram sua regulamentação e expansão, em todo território brasileiro, partir do ano de 2001 (BRASIL, 2001).

Os CAPS foram os primeiros serviços comunitários implantados para a atenção em saúde mental, em suas diversas modalidades, que compuseram a RAPS (BRASIL, 2011). Assim, tornam-se relevantes no campo das práticas em Saúde Mental no Brasil, configurando-se como dispositivo estratégico para a consolidação da Atenção Psicossocial.

Os CAPS são serviços de caráter aberto e comunitário, composto por equipe multiprofissional que trabalha na perspectiva interdisciplinar, realizando atendimento aos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em seu território de abrangência, seja em atenção à crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A implantação desse serviço segue a lógica da abrangência populacional e da modalidade de atendimento, sendo que quanto maior o tamanho populacional, maior será a modalidade do serviço, podendo esses ser do tipo: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS ad (álcool e drogas); CAPS ad III, CAPS ad IV e CAPS infantil.

Dentre as modalidades acima citadas, este estudo teve como enfoque um CAPS de modalidade I, por localizar-se em um município de pequeno porte (população inferior a 20.000mil habitantes). Nessa modalidade de serviço, são atendidos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive decorrentes ao uso de substâncias psicoativas, em todas as faixas etárias, sem acolhimento noturno. Essa modalidade abrange municípios e ou regiões com população entre 15 mil e 70 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Independentemente de sua modalidade, os CAPS têm como meta a reinserção social e reabilitação psicossocial da pessoa que vivencia uma condição de adoecimento psíquico. Nesta perspectiva, a atenção psicossocial deve considerar a relação de envolvimento e responsabilização que se estabelece com o usuário, profissionais e familiares, e entre esses e a comunidade. Dessa forma, o objeto de intervenção torna-se mais dinâmico, interdisciplinar e as práticas e saberes convencionais devem ser reconstruídos para responder à essa transformação (PEREIRA *et al.*, 2010).

Além disso, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que os CAPS tenham o papel intermediador, que desenvolvam ações conjuntas em uma Rede estabelecida por vários serviços, tais como: os cuidados oferecidos pela Estratégia da Saúde da Família – ESF; serviços ambulatoriais; unidades de acolhimento; serviços de urgência e emergência; leitos de hospitais gerais serviços de reabilitação psicossocial, como as residências e comunidades terapêuticas (BRASIL, 2017).

Sendo assim, em detrimento da complexidade das ações a serem desenvolvidas, é perceptível, no campo da atenção psiquiátrica e produção de saúde mental, a necessidade de avaliar a organização dos serviços de saúde mental, reconhecendo as particularidades e a efetividade de suas práticas, além de reforçar a sua importância e fortalecer o seu funcionamento (VALLE, 2016).

Nesse sentido, a avaliação das estruturas físicas e condições para o funcionamento dos CAPS pode designar uma relação entre a consolidação das mudanças impulsionadas pelas legislações, sua factual implementação e evolução, nos últimos anos. Assim, discussões acerca da busca de evidências dos resultados de serviços no âmbito do SUS, se impõem como

necessidade de desenvolvimento tecnológico, no campo da avaliação em saúde (SILVA; LIMA, 2017).

Todavia, observa-se que a gestão dos serviços de saúde mental, assim como de outros programas de saúde, está intimamente ligada a aspectos políticos, técnicos e institucionais do município onde os mesmos estão implantados, que positiva ou negativamente, influenciará na sua efetividade e resolutividade. Apesar às diversidades decorrentes da regionalização do serviço, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS a capacidade de oferecer e cumprir as atividades, as quais se propõem (PIMENTEL *et al.*, 2015).

No cenário brasileiro atual, em que se tem retrocessos na política de saúde mental, a avaliação dos serviços de saúde, em especial os de atenção à saúde mental, são fundamentais para dar visibilidade à produção de cuidado em liberdade e de cidadania. Além disso, garantir, junto à sociedade, gestão pública e representações políticas a necessidade destes para a superação do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico e médico-centrado, pautado na doença e na objetivação do ser humano.

É nesta perspectiva que este estudo é proposto, se sustentando no referencial teórico de avaliação tridimensional, proposto por Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 2003), para realizar o processo avaliativo do CAPS I, do município de Carmópolis de Minas/MG. Em complementação, o estudo se sustenta nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das normativas do Ministério da Saúde, que regem a implantação e funcionamento dos serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011).

No modelo de avaliação tridimensional Donabedian, o referido autor propõe a avaliação do serviço de saúde com enfoque em três componentes: Estrutura, Processo e Resultado. A avaliação da Estrutura abrange a dimensão dos elementos estáveis da instituição tais como: área física; recursos humanos; materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços. O Processo retrata as atividades de atenção à saúde, neste estudo, entendido como práticas assistenciais. Por fim, a dimensão Resultado retrata o estado de saúde do indivíduo como resultado da interação ou não, com os serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003).

A avaliação nos serviços de saúde mental não é tradição e de acordo com Oliveira *et al.* (2014) e Silva; Lima (2017), há poucos estudos de avaliação que englobam análise de Estrutura, Processo e Resultado, conforme apontam revisões a respeito do assunto.

No Brasil, ao longo da última década, os estudos que versavam acerca da avaliação de serviços de saúde mental, tiveram como enfoque principal a análise de Resultado. Nessa dimensão, destacou-se a avaliação da satisfação dos usuários e familiares, sendo avaliado por Treichel *et al.*, (2016), Soares *et al.*, (2019) e Silva *et. al.*, (2018).

Em complementação, Bosque *et al.* (2017) e Oliveira *et al.* (2019), incluíram a avaliação do grau de satisfação dos profissionais desses serviços. Esses estudos utilizaram-se da metodologia quantitativa com aplicação de escalas para avaliar o nível de satisfação.

Ainda com enfoque na avaliação de Resultado, Franzmann *et. al.*, (2017), Franzmann *et al.*, (2018) e Boska *et al.*, (2018) investigaram acerca das mudanças percebidas pelos usuários após inserção no CAPS. Na mesma linha dos estudos citados acima, esses também foram de natureza quantitativa, com uso de escala validada para a coleta de dados. Outrossim, Kantorski *et. al.* (2017), Moreira; Bosi (2019) buscaram avaliar a qualidade de vida de usuários e familiares, respectivamente, com base nas experiências vivenciadas após inserção no serviço comunitário de saúde mental.

Por fim, apenas o estudo de Mota; Pegoraro (2018), identificado nessa revisão, realizou uma avaliação de Resultado, realizado de natureza qualitativo, no qual, buscou-se constatar as concepções de familiares de usuários de CAPS acerca do atendimento recebido, pontos positivos e negativos na provisão de cuidado pelos profissionais.

Com enfoque avaliativo na perspectiva da Estrutura, Clementino *et al.*, (2016), avaliaram a estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campina Grande -PR, quanto às dimensões físicas, recursos humanos e organizacionais. Já Silva; Lima (2017), em estudo com abordagem quantitativa, apresentaram associação entre as dimensões de Estrutura e Processo.

Diante do exposto, percebe-se que ainda são escassos os estudos com abordagem qualitativa na avaliação em saúde mental. Portanto, vê-se necessidade de mais estudos que contribuam para identificar as fragilidades e potencialidades e, assim, melhorar a qualidade das práticas assistenciais, de maneira a potencializar a qualidade do cuidado ofertado pelos serviços.

Sendo assim, os resultados deste estudo contribuirão para nortear e qualificar as práticas realizadas não apenas no serviço onde foi desenvolvido, mas no âmbito dos CAPS. Ademais, os resultados auxiliarão gestores de serviços e de saúde, municípios, a tomarem decisões

assertivas, para a implementação de estratégias que potencializam a produção de cuidado nesta modalidade de serviços.

A contribuição acadêmica e científica dá-se pela superação de lacunas no conhecimento, uma vez que os estudos publicados de avaliação de serviços comunitários de saúde mental, na perspectiva de Donabedian, tiveram como enfoque apenas uma das três dimensões e não exploraram a correlação entre a estrutura, o processo e o resultado.

Assim, este estudo propôs-se a responder a seguinte pergunta de pesquisa: *como trabalhadores, familiares e usuários percebem o cuidado ofertado no CAPS, na perspectiva da estrutura e das práticas assistenciais?*

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Avaliar estrutura, processo e resultados do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever o processo de implantação do CAPS do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG;
- Avaliar a estrutura física, recursos humanos e materiais do CAPS do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG;
- Avaliar as práticas assistenciais promovidas no CAPS do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG;
- Avaliar o cuidado ofertado no CAPS do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG na percepção dos usuários e familiares.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura científica faz-se fundamental para compreender o estado da arte do objeto de pesquisa. Nesse sentido, esta revisão teve como objetivo identificar produções científicas, em nível nacional, que abordasse acerca de avaliações de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), identificando os métodos utilizados e as perspectivas avaliativas.

Essa revisão bibliográfica foi elaborada com base nas seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; descrição dos resultados.

A pergunta que norteou esta revisão foi: quais os referenciais teóricos empregados para a avaliação dos serviços comunitários de saúde mental brasileiros?

A busca bibliográfica limitou-se aos artigos científicos publicados nos últimos cinco anos, entre 2016 e 2020, com a coleta de dados entre os meses de setembro e outubro de 2020. A seleção dos artigos foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com a utilização dos seguintes descritores exatos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): *health services research*; *mental health services*; e *mental health*. A escolha por tal base de dados se deu por concentrar estudos na área da saúde desenvolvidos no Brasil.

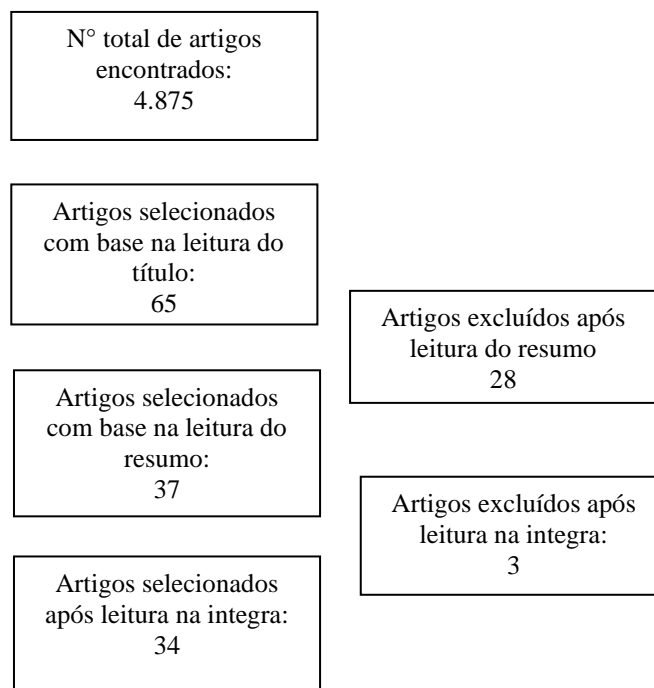
A estratégia de busca utilizada na pesquisa foi: *health services research* OR *investigación sobre servicios de salud* OR avaliação de serviços de saúde AND *mental health services* OR *servicios de salud mental* OR serviços de saúde mental AND *mental health* OR *salud mental* OR saúde mental.

Ao aplicar a estratégia de busca, procedeu-se como critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos (2016-2020); nos idiomas português, inglês e espanhol; pesquisas empíricas nacionais avaliando serviços comunitários de saúde mental; avaliações com usuários, profissionais, gestores ou familiares. Foi adotado como critérios de exclusão: relato de experiência, teses e dissertações.

A seleção dos artigos deu-se a partir da leitura minuciosa de títulos e resumos. Desta forma, foram selecionados os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Para a seleção final dos artigos foi realizada a leitura do trabalho na íntegra, sendo selecionados aqueles que contemplavam os objetivos desta revisão.

A busca resultou em um total de 4.875 artigos. Para a seleção daqueles que atendiam aos objetivos desta revisão foi realizada leitura dos títulos, resultando em 65 artigos. Em seguida, a partir da leitura dos resumos dos estudos foram selecionados 37 artigos. Esses estudos selecionados foram lidos na íntegra, sendo excluídos três artigos que não respondiam aos objetivos desta revisão (Figura 1). Por fim, os 34 artigos selecionados foram apresentados na seção dos resultados utilizando a codificação, letra A seguida de número arábico (A1, A2, etc.).

Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra final dos artigos (n= 34) referente à busca eletrônica na biblioteca virtual BVS.



Fonte: Elaborado pela autora.

Resultados

Os 34 artigos foram publicados no período de 2016 e 2020. Dentre os estudos selecionados, o ano que concentrou o maior número de publicações foi 2017, com total de onze artigos, seguido por 2018 com nove artigos. Em 2016 e 2019 foram publicados seis artigos em cada ano e, por fim, em 2020 tiveram dois artigos publicados. Percebe-se que, dentro desse recorte temporal, em todos os anos foram publicados estudos de avaliação de CAPS, com decréscimo nos últimos dois anos.

No quadro 1 estão apresentados os artigos selecionados com informações segundo: título; ano de publicação; descritores; objetivo e metodologia.

Quadro 1 - Descrição dos artigos que compuseram essa revisão.

ID	TÍTULO	ANO	DESCRITORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA
A1	Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba	2016	Saúde mental; Centros de Atenção Psicossocial; Enfermagem	Avaliar a estrutura dos CAPS quanto às dimensões físicas, recursos humanos e organizacionais.	Estudo analítico, quantitativo. Coleta de dados com questionário auto aplicado baseado em questionário validado. Participantes: coordenadores dos CAPS.
A2	Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em Saúde Mental	2016	Serviços de saúde mental; Satisfação profissional; Saúde mental.	Avaliar o nível de satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental.	Estudo transversal analítico, quantitativo e qualitativo, com uso de questionários sociodemográfico e ocupacional e a escala SATIS-BR.
A3	Assessment of Patient, Family and Staff Satisfaction in a Mental Health Service	2016	serviços de saúde mental; saúde mental comunitária; serviços de saúde pública; satisfação	Avaliar a satisfação de pacientes, familiares e profissionais em um CAPS III.	Estudo quantitativo, coleta de dados por entrevistas individuais com aplicação da Escala SATIS-BR e questionário sociodemográfico. Referencial Donabedian
A4	Satisfação de familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: informações sobre doença e tratamento	2016	Satisfação pessoal; Centros comunitários de saúde mental; Cuidadores; Avaliação em saúde; Saúde mental.	Identificar a satisfação de familiares de usuários do CAPS sobre informações ofertadas pelos profissionais quanto ao transtorno e o tratamento.	Estudo transversal, quantitativo, entrevistas com familiares em 40 CAPS. Avaliação do familiar em relação às informações prestadas pelo CAPS acerca da doença e tratamento do usuário. Referencial Teórico de Donabedian
A5	Centros de Atención Psicosocial: Comparación Entre El Trabajo Ofrecido Y La Legislación	2016	Saúde coletiva; Centros de atenção psicossocial; Avaliação em saúde.	Descrever e analisar o tratamento psicossocial oferecido em CAPS de um município do nordeste brasileiro.	Pesquisa qualitativa com triangulação metodológica, utilizou a análise documental da legislação vigente e a análise de conteúdo temático de entrevistas com profissionais, com auxílio do software QDA MINER
A6	Assistência De Saúde Mental Em Um Centro De Atenção Psicossocial: Avaliação Na Perspectiva Profissional	2016	Avaliação de processos; Avaliação em saúde; Serviços de saúde mental; Pessoal de saúde.	Avaliar o processo de trabalho de um CAPS na perspectiva de profissionais.	Estudo avaliativo, quantitativo, realizado com os profissionais de um CAPS. Utilizou o instrumento “Avaliação do Processo de Assistência em Saúde no CAPS” e observação participante.
A7	Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental	2017	Saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental; Avaliação; Indicadores; Avaliação de serviços de saúde	Construir indicadores qualitativos de resultado relacionados com a satisfação na perspectiva dos usuários e familiares	Estudo de caso avaliativo, participativo, qualitativo, hermenêutico-dialético, realizado em um CAPS no Rio Grande do Sul, com usuários e familiares em grupos focais. Referencial Teórico Avaliação Quarta Geração

A8	Características do trabalho e estratégias de cuidado em saúde mental com o usuário de crack	2017	Saúde mental; Serviços de saúde; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Enfermagem	Conhecer características do trabalho e estratégias de cuidado em saúde mental com o usuário de crack, a partir do cotidiano de um CAPS AD.	Estudo qualitativo, avaliativo, estudo de caso, desenvolvido em um CAPS AD no Rio Grande do Sul. Referencial teórico Avaliação de Quarta Geração. Realizou entrevistas com trabalhadores, usuários, familiares e gestores.
A9	Fatores associados à percepção de melhora por usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil	2017	Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Avaliação de Resultados	Investigar os fatores associados à melhora percebida pelos usuários de CAPS.	Estudo transversal, quantitativo, realizado com usuários de CAPS do Sul do Brasil, com uso da Escala de Mudança Percebida – Pacientes.
A10	Satisfação Dos Trabalhadores, Usuários E Familiares Dos Centros De Atenção Psicossocial Em Álcool E Outras Drogas	2017	Serviços de Saúde Mental; Avaliação; Satisfação no Emprego; Satisfação dos Consumidores	Avaliar o grau de satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos CAPS Ad.	Estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, com trabalhadores, usuários e familiares. Foram utilizadas as Escalas de Satisfação (SATIS-BR).
A11	Processo e resultado do cuidado em álcool e outras drogas	2017	Avaliação em Saúde; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde); Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.	Descrever as dimensões do processo e resultado do cuidado nos CAPS Ad, na ótica dos usuários.	Estudo de corte transversal, de abordagem quantitativa, com uso das Escalas SATIS BR e da Mudança Percebida, utilizando-se de análise descritiva. Referencial Teórico de Donabedian.
A12	Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do centro de atenção psicossocial	2017	Serviços de Saúde Mental; Reforma dos Serviços de Saúde; Assistência Integral à Saúde; Avaliação em Saúde.	Avaliar a participação dos profissionais na reunião de equipe de um CAPS.	Estudo qualitativo, avaliativo, com referencial teórico-metodológico de Avaliação de Quarta Geração. Coleta de dados por meio de grupo focal e observação não participante.
A13	Percepção dos Usuários Acerca do Atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III	2017	Saúde mental; Serviço de saúde; Avaliação em saúde.	Analisar a percepção dos usuários atendidos no CAPS III sobre o atendimento prestado pelos profissionais deste serviço.	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada no CAPS III de Campina Grande/Paraíba, com uso de questionário auto aplicado junto aos usuários. Discussão à luz da Análise de Conteúdo Temática.
A14	Satisfaction with mental health community services among patients' relatives	2017	Satisfação Pessoal; Serviços comunitários de saúde mental;	Avaliar a satisfação dos familiares de pacientes de	Estudo quantitativo, cross-sectional com aplicação da escala SATIS-BR em

			Cuidadores; Saúde mental.	CAPS através da escala SATIS.	familiares de pacientes CAPS no Brasil.
A15	Fatores associados a uma pior avaliação da qualidade de vida entre familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial	2017	Qualidade de vida; cuidadores; saúde mental; serviços comunitários de saúde mental.	Identificar quais os fatores associados a uma pior avaliação da qualidade de vida entre familiares de usuários de CAPS localizados no Sul do Brasil.	Estudo transversal, quantitativo. Coleta de dados com entrevista de familiares de usuários de CAPS do tipo I, II e III. Utilizou-se uma pergunta norteadora.
A16	Operation of a psychosocial care center for the treatment of crack users	2017	Saúde mental; Cocaína; Crack; Serviços de saúde; Desinstitucionaliz ação; Enfermagem	Analisar o funcionamento de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para o atendimento a usuários de crack.	Pesquisa avaliativa, qualitativo, do tipo estudo de caso, com referencial teórico- metodológico de Avaliação de Quarta Geração. Coleta de dados por entrevista com aplicação do círculo hermenêutico dialético.
A17	Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais	2017	Serviços de Saúde Mental; Estrutura dos Serviços; Avaliação de Serviços de Saúde	Avaliar as instalações físicas, recursos humanos e atividades desenvolvidas nos CAPS da Região do Médio Paraopeba de Minas Gerais.	Estudo de avaliação sobre aspectos das dimensões de estrutura e processo propostos por Donabedian, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde e legislação vigente, por meio de formulários semiestruturados para entrevista com gestores e observação direta nos CAPS
A18	Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil: considerações de uma investigação etnográfica	2018	Saúde mental infanto-juvenil; Acolhimento; Processos de trabalho	Descrever e analisar a organização institucional e os processos de trabalho envolvidos no acolhimento a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, da chegada na unidade até o encaminhamento dado ao caso de um CAPS de Salvador, BA.	Investigação etnográfica. Referencial teórico Concepção de CAPS proposta por Nunes <i>et al.</i> (2010). Na análise, foram utilizadas categorias que se referem à organização da ambiência, aos processos de trabalho interdisciplinares, às estratégias de avaliação psicossocial e à continuidade do cuidado.
A19	Avaliação das famílias de usuários de crack sobre grupo de apoio	2018	Grupos de Apoio; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Cocaína Crack; Família;	Avaliar a percepção dos familiares de usuários de crack sobre grupos de apoio	Estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados, com referencial teórico da avaliação de quarta geração. Coleta de dados por

			Saúde Mental.	ofertados a esse núcleo de cuidado em um Caps Ad do sul do Brasil.	entrevista com uso do círculo hermenêutico-dialético e observação
A20	Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados	2018	Avaliação de serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Satisfação do paciente	Avaliar a satisfação de usuários dos principais CAPS de uma região de Minas Gerais e seus fatores associados.	Estudo transversal, quantitativo, com uso de Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários e formulário semiestruturado com variáveis sociodemográficas e clínicas.
A21	Concepções de familiares sobre um centro de atenção psicossocial	2018	Centro de atenção psicossocial; Saúde mental; Membros da família	identificar as concepções de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o atendimento prestado.	Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado que investigou a trajetória do usuário por serviços psiquiátricos, a avaliação do familiar sobre as atividades oferecidas no CAPS, pontos positivos e barreiras na provisão de cuidado pela equipe. Foi realizada análise de conteúdo das entrevistas.
A22	Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS	2018	Atividade terapêutica; Desinstitucionalização; Produção de cuidado em saúde mental.	Compreender as concepções de profissionais de saúde mental acerca da utilização de atividades terapêuticas em suas práticas em CAPS.	Estudo qualitativo, de delineamento exploratório, realizado em três CAPS de uma cidade de grande porte. Dois desses CAPS são da modalidade CAPS III e um desses da modalidade CAPS I e II. Coleta de dados por meio de grupo focal.
A23	Estudo das mudanças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços	2018	Saúde mental; Serviços comunitários de saúde mental; Avaliação de resultados	Identificar as mudanças percebidas por usuários de 40 CAPS do Sul do Brasil, utilizando-se a Escala de Mudança Percebida – Pacientes	Estudo transversal, quantitativo, parte integrativa da pesquisa CAPSUL II, realizada em 2011 no Rio Grande do Sul. Referencial Teórico Donabediano. Coleta de dados em 40 Caps do tipo I, II e III. Foi utilizada a EMP-Pacientes.
A24	Mudanças Percebidas Por Usuários De Centros De Atenção Psicossocial Em Álcool E Outras Drogas	2018	Avaliação de Serviços de Saúde; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Serviços de Saúde Mental; Resultados do Tratamento	Avaliar se os usuários dos CAPS Ad percebem mudanças com o tratamento recebido e quais as variáveis associadas a tais mudanças.	Estudo quantitativo, avaliativo, transversal, descritivo e exploratório. Referencial Teórico Donabediano. Utilizou instrumento adaptado construído com base na portaria n.º 336/2002 do ministério da saúde.
A25	Sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas com transtornos	2018	Serviços de saúde mental; Família; Cuidadores	Analisar o grau de sobrecarga objetiva e subjetiva sentida	Estudo correlacional, quantitativo, desenvolvido em três serviços de saúde mental, com aplicação da

	mentais: análise dos serviços de saúde			por cuidadores familiares de pacientes assistidos em CAPS Geral, Álcool e Drogas e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral no Município de Sobral, Ceará.	Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR).
A26	Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial	2018	Avaliação; Saúde Mental; Satisfação.	Avaliar a qualidade dos serviços e o nível de satisfação dos profissionais de saúde em relação à sobrecarga de trabalho nos CAPS do município de Campina Grande, Paraíba.	Estudo qualitativo, analítico. Referencial Teórico Donabediano. Participaram do estudo 49 profissionais de saúde de nível superior e médio. Coletaram-se os dados entre agosto e setembro de 2014, com questionário auto aplicado.
A27	Avaliação de Resultados da Assistência em Saúde Mental por Usuários	2019	Avaliação de Serviços de Saúde; Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental.	Avaliar os resultados da assistência em saúde de um CAPS, na perspectiva de usuários do serviço.	Estudo avaliativo, com delineamento não experimental, realizado em CAPS I. Foram entrevistados os usuários do serviço, com aplicação de instrumento de pesquisa desenvolvido pelos autores, a partir de quatro domínios: autonomia, relacionamento, volição e crises.
A28	Avaliação de quarta geração: atendimento aos familiares de usuários de crack	2019	Saúde Mental; Pesquisa sobre serviços de saúde; Cocaína Crack; Família	Conhecer a avaliação dos profissionais de saúde de um CAPS ad III sobre o atendimento oferecido aos familiares de usuários de crack.	Estudo qualitativo, com referencial da avaliação de quarta geração. Coletado dados com 15 profissionais, em setembro de 2013, por meio de entrevista e observação. Análise pelo método comparativo constante.
A29	Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil	2019	Qualidade do cuidado; Acesso; Avaliação; cuidado Humanizado; Cuidado integral.	Compreender, com base nas experiências de usuários, como se revela a qualidade do cuidado na RAPS.	Pesquisa qualitativa crítico-interpretativa, com análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da RAPS de Fortaleza – CE.
A30	Satisfação dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial	2019	Satisfação do Paciente; Pesquisa sobre Serviços de	Avaliar a satisfação dos usuários com o atendimento nos CAPS e sua	Estudo transversal, realizado com 55 usuários de cinco CAPS, com entrevista estruturada individual. Foi utilizada a Escala de

			Saúde; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Atenção à Saúde; Avaliação em Saúde	associação com fatores clínicos e sociodemográficos.	Satisfação com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR).
A31	Satisfação Profissional e Sobrecarga De Trabalho de Enfermeiros da Área de Saúde Mental	2019	Enfermagem; Saúde mental; Satisfação Profissional; Sobrecarga de trabalho	Avaliar a satisfação profissional e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros atuantes CAPS e realizar uma comparação em relação aos demais profissionais do serviço.	Estudo transversal, com amostragem por critério de conveniência, realizado com profissionais de CAPS de um município do sul do Brasil, com aplicação de questionário sociodemográfico e as Escalas de avaliação do impacto do trabalho e de satisfação da equipe.
A32	Sobrecarga e Satisfação dos Familiares de Pacientes com Esquizofrenia	2019	Relações familiares; Pesquisa sobre serviços de saúde; Cuidadores; Esquizofrenia; Enfermagem psiquiátrica; Escalas.	Avaliar a atenção psicossocial pela ótica do familiar do paciente esquizofrênico.	Estudo correlacional com familiares no CAPS III de Londrina-PR, com uso de instrumentos para caracterização sociodemográfica; Escala de Avaliação da Sobrecarga de Familiares (FBIS-BR); e Escala de satisfação (SATIS-BR)
A33	Efetividade dos grupos terapêuticos na atenção psicossocial: análise à luz do referencial dos fatores terapêuticos	2020	Processos Grupais; Efetividade; Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Pessoal de Saúde	Descrever a percepção dos profissionais sobre a efetividade terapêutica dos atendimentos grupais.	Pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa, do tipo intervenção, realizada com profissionais de CAPS Ad do Centro-Oeste brasileiro, com uso de instrumentos autoaplicáveis e rodas de conversa.
A34	Avaliação da sobrecarga de familiares cuidadores de indivíduos com esquizofrenia	2020	Saúde Mental; Esquizofrenia; Relações Familiares; Cuidadores; Serviços de Saúde Mental; Impacto Psicossocial.	Avaliar a sobrecarga (objetiva e subjetiva) vivenciada pelos familiares cuidadores de indivíduos com esquizofrenia.	Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com amostragem por conveniência, com familiares. Utilizou questionário sociodemográfico e Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares (FBIS-BR).

Fonte: Elaborada pela autora.

O descritor mais utilizado nos estudos foi “saúde mental”, sendo aplicado em 20 estudos (58,8%); em segundo lugar se destacou o descritor “serviços de saúde mental”, utilizado em 12 estudos (35,2%); "Avaliação em saúde" em 11 estudos (32,3%) e por fim, o descritor “Satisfação” em nove estudos (26,47%). Em média, os mesmos utilizaram cinco descritores, variando entre três e seis descritores.

O tipo de abordagem metodológica que se destacou foi a quantitativa com um total de dezenove estudos (58,8%), seguida da abordagem qualitativa com quatorze estudos (41,1 %). Apenas um estudo utilizou abordagem mista (0,1%), agregando métodos quantitativos e qualitativos. Dentre as pesquisas qualitativas observou-se predominância de estudos avaliativos descritivos. Nos estudos quantitativos destacou-se o delineamento transversal.

Em relação à população do estudo, dois estudos (5,9%) coletaram dados apenas com os gestores dos CAPS; nove estudos (26,5%) foram realizados com profissionais; dez estudos (29,4%) com usuários; e sete estudos (20,5%) com familiares. Os demais seis estudos (17,6%) incluíram mais de um tipo de participante, sendo que: em dois estudos participaram gestores, profissionais, usuários e familiares; em outros dois estudos participaram profissionais, usuários e familiares e, por fim, dois estudos incluíram usuários e familiares. Apenas um estudo utilizou apenas observação participante, por ser um estudo do tipo etnográfico.

Quanto às formas de coleta de dados, sete estudos (20,5%) empregaram mais de uma forma. A mais utilizada foi a entrevista individual, sendo aplicada em vinte e seis estudos (76,4%); o uso de grupo focal e questionário auto aplicado foi utilizado em três estudos cada um; dois estudos (5,8%) utilizaram a análise de prontuários, sendo que em um deles foi associado a entrevista. Dentre os estudos, nove utilizaram a escala de Avaliação da Satisfação- SATIS-BR (26,5%); três aplicaram a Escala de Avaliação da Sobrecarga dos Familiares- FBIS-BR (8,8%) e três estudos a Escala de Mudança Percebida- EMP (8,8%).

O referencial teórico-metodológico predominante foi o método de Avaliação Donabedian, proposto por Avedis Donabedian, com um total de onze estudos (32,5%). A Avaliação de Quarta Geração, de Guba e Lincoln, foi aplicada em seis estudos (17,6%); o referencial de Concepção de CAPS proposto por Nunes *et al.* (2010) e a Compreensão de experiências subjetivas de usuários foram utilizados em um estudo cada um. Os demais quinze estudos (44,1%) não citaram qual o referencial teórico utilizado para a condução dos mesmos.

Nos estudos que utilizaram o referencial teórico de Donabedian, que propõe a avaliação dos serviços em saúde nas dimensões de Estrutura, Processo e Resultado, dois estudos (5,8%) avaliaram aspectos relacionados à Estrutura dos serviços (recursos humanos, materiais e estrutura organizacional); um estudo (2,9%) avaliou apenas a dimensão Processo, que se refere às ações realizadas na dispensação do cuidado (práticas dos profissionais); e oito (23,5%) avaliaram a dimensão Resultados, que se remete aos efeitos do cuidado nas condições de saúde

dos usuários e familiares. Salienta-se que apenas um estudo (2,9%) avaliou mais de uma dimensão, associando análise de Processo e Resultado.

Dos estudos que abrangeram a dimensão Resultado, cinco estudos avaliaram o mesmo por meio da satisfação, sendo que dois fizeram análise com profissional e usuários; dois com familiares, usuários e profissionais; um com usuários apenas e outro com profissionais. Entre os demais estudos, três deles utilizaram a EMP aplicada aos usuários e um estudo aplicou a SATIS-BR e a EMP.

Portanto, observou-se que o referencial teórico Donabedian foi predominante nos estudos que avaliaram os CAPS em suas diferentes modalidades. Nesses estudos a dimensão Resultado teve maior enfoque. Além disso, nenhum dos estudos selecionados para esta revisão contemplou a avaliação das três dimensões propostas por Donabedian.

4. REFERENCIAIS TEÓRICOS

Para a realização deste estudo, os referenciais teóricos adotados foram o modelo de Avaliação Tridimensional proposto por Donabedian (DONABEDIAN, 2003), a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial, os quais serão aprofundados a seguir.

Neste capítulo será resgatada a história-política da loucura e da psiquiatria; a Reforma Psiquiátrica Brasileira e os diferentes conceitos que circundam a avaliação de Serviços de Saúde, com enfoque na Avaliação Tridimensional.

4.1 Contextualização histórico-político e social da loucura e da psiquiatria

“Em nós, a loucura existe e está presente assim como está a razão. O problema é que a sociedade, para ser civilizada, tem que aceitar tanto a razão quanto a loucura. Em vez disso, essa sociedade aceita a loucura como parte da razão, e a torna razão no momento em que existe uma ciência que se encarrega de eliminar a loucura.”
(Franco Basaglia)

A compreensão da psiquiatria passou por diversas fases na história da humanidade. A definição de loucura sofreu modificações no decorrer dos tempos em consonância com os costumes, crenças e a política de cada época. Segundo Foucault (1997), na antiguidade pré-clássica, até o período da renascença, a loucura esteve ligada à presença de transcendência imaginária. A partir de 600 a.C., com a valorização crescente da razão, por parte dos filósofos gregos, a loucura passa a ser compreendida como “desrazão”, ou seja, como tudo aquilo que impedia o pensamento (DESCARTES, 1973).

Na idade média, os loucos passam a serem vistos como pessoas pobres de espírito. Assim, os indivíduos com transtornos mentais começam, aos poucos, a perder a autonomia e seus direitos, e a sociedade passa a incorporar a imagem que a igreja construiu, submetendo esse indivíduo a ritos religiosos de exorcismo. A loucura, ainda assim, continua a ser considerada uma doença como qualquer outra, sem uma diferenciação significativa das demais. Apenas na modernidade, por meio das diversas ciências do homem, que a loucura passa a ser entendida como “doença mental”, que, por sua vez, traz à tona o internamento psiquiátrico (FOUCAULT, 2002).

Segundo Foucault (1997), a partir do século XVIII, surgiu o diálogo entre o médico e o doente, passando o primeiro a ser elemento do mundo da insanidade mental. No entanto, essa aproximação não trouxe a libertação da loucura, pelo contrário, a atenção médica acabou por

fortalecer a prática clássica da internação. Contudo, no final do século XVIII, essa forma clássica de tratamento começou a ser questionada.

No século XIX, em pleno crescimento do capitalismo, se desenvolveu a Psiquiatria. Essa ciência surgiu como uma área da medicina, com o intuito de controlar a loucura para o bem do Estado. A sociedade, de modo geral, considerava um indivíduo louco a partir do momento em que esse deixava de se anuir com as convenções sociais. Dessa forma, a loucura representava um desafio à sociedade, de tal modo que o estatuto de doença se tornou essencial (CASTEL, 1978).

Nessa época, o ideário liberal que sustentava as relações capitalistas dizia que nascemos livres e racionais, e essa condição de liberdade, garantida a todos, permitia que fôssemos iguais. Assim sendo, a sociedade política, criada a partir de pactos entre sujeitos livres deveria preservar a vida e a liberdade, reprimindo quaisquer violações a esses direitos. Portanto, nessa sociedade, a garantia de liberdade deveria ser resguardada, e qualquer intervenção do Estado que caracterizasse transgressão a essa condição não poderia representar exercício arbitrário de poder e controle sobre os homens, mas ação amparada pelo pacto social firmada entre eles (CASTEL, 1978)

Nessa perspectiva, a repressão do louco foi arquitetada sustentando-se no fundamento médico, que por intermédio da medicalização, criou o estatuto de tutela fundamental. Neste âmbito, o “poder psiquiátrico” trata da mecânica dos aparelhos disciplinares, submetendo os “anormais”, aos seus efeitos de normalização. Assim, com a patologização da loucura viu-se crescer os diagnósticos médicos em torno dos conflitos familiares, de atos criminosos e violentos. Portanto, alargou-se o poder de controle do Estado sobre os sujeitos, justificado pelo crivo médico como resposta à necessidade de assistência (FOUCAULT, 2008; ROSA, 2016).

Assim sendo, uma das funções delimitadas para essa nova área do saber é “desalienar” esse ser com transtorno mental – o alienado, tornando-o novamente capaz para exercer sua razão, trazendo-o de volta “...a sua essência, a sua natureza, a sua verdade. A cura do louco está na razão do outro...” (MACHADO, 2000, p. 21). Nessas condições, percebe-se que a loucura sempre existiu, assim como os locais para curar os loucos: templos, domicílios e instituições, sendo que, a partir da instituição psiquiátrica tais locais se tornaram sinônimo de isolamento específico para os doentes mentais.

Em meados do século XIX, o psiquiatra Philippe Pinel, fundador da psiquiatria contemporânea, iniciou a busca pela humanização do tratamento das pessoas com transtorno

mental, que até então eram mantidos excluídos da sociedade, presos em jaulas como animais. Pinel propôs a abertura das grades e das correntes, mas ainda defendia que os “loucos” permanecessem nos asilos. Ele acreditava que para conhecer a loucura, era preciso observar, descrever e classificar, e que somente assim seria possível distinguir o que era normal do que era patológico (AMARANTE, 1996; FOUCAULT, 1997).

No “asilo ideal” de Pinel, o louco é submisso ao psiquiatra que, em sua retidão e superioridade moral, é capaz de fazer a loucura ser absorvida pela razão (FOUCAULT, 2006). Dessa forma, surge a alienação como transferência dos direitos de liberdade individual do doente mental ao médico ou à família. A libertação do doente mental proposta por Pinel deveria ser vista, portanto, mais como uma reforma social do que como um aperfeiçoamento no tratamento médico. Os asilos foram substituídos, então, pelos manicômios, destinados somente aos portadores de transtornos mentais (SZASCZ, 1994).

Com a instauração da Segunda Guerra Mundial, e seu cenário de contínuas ameaças à seguridade humana, as complexas relações sócio-político-econômicas fizeram com que a sociedade repensasse acerca de determinados atos, modificando posicionamentos e visões de mundo, incluindo o olhar para a necessidade da assistência psiquiátrica, até o momento negada aos “mentalmente desvalidos” (DELGADO, 2005).

Todavia, a partir da década de 1960, começaram movimentos contrários às ideias de Pinel. Momento em que as grandes transformações na área da psiquiatria realmente aconteceram. Nesse período começou-se a entender a internação como uma etapa do tratamento do sofrimento mental, e que o principal objetivo seria o retorno à sociedade (LIRA, 2016).

Na segunda metade do século XX movimentos de desinstitucionalização ocorreram, nos EUA e na Europa, com a incorporação de filosofias de intervenção de base comunitária. As recomendações internacionais buscavam a substituição da filosofia assistencial que até aquele momento tinha dominado. Esta tendência apareceu, por volta dos anos 50, nos EUA, Inglaterra e França, dando lugar à implementação de estruturas assistenciais comunitária que contrariavam a concepção do hospital como a estrutura mais adequada para esta população. Em paralelo, foram desenvolvidas correntes psicoterapêuticas que intencionavam libertar a loucura e reintegrar o doente a sociedade através de técnicas psicoterapêuticas (SILVA; ALVES, 2004).

4.2 Os caminhos percorridos até a Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, até metade do século XIX, os doentes mentais não se beneficiavam de nenhuma assistência médica psiquiátrica. Os loucos eram colocados nas prisões, habitavam nas ruas ou eram mantidos nas celas dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia.

Nessa época, para a psiquiatria brasileira, não se tratava do saber a doença mental, mas tinha-se que dominar a loucura a “qualquer preço”. O alienado era aquele que resistia à normatização. Se os loucos não se submetessem à cura, e se negassem a reproduzir as regras do psiquiatra, o último recurso era a exterminação física. Assim, o saber cedia passo à relação de poder. As regras de conduta, determinadas antes pelo saber religioso, transformam-se em regras de higiene mental (COSTA, 2007).

No ano de 1830, desencadeia-se um movimento de opinião pública, que criticava o modo como os loucos eram tratados e abandonados. Os médicos da época demonstravam a necessidade de um asilo onde os loucos pudessem ser tratados medicamente baseados nos princípios morais dominantes. Em 1852, funda-se o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, situado no Rio de Janeiro. A partir de então, todos os doentes mentais foram reunidos nessa instituição (COSTA, 2007).

Em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, reorganizando a assistência e concretizando a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. A partir de 1920, tem-se um aumento significativo no número de estabelecimentos destinados ao tratamento dos doentes mentais, sendo criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, instituição que se encarregou de coordenar todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Em 1950, em virtude da falta de estrutura física, além da ineficácia dos tratamentos, da situação deplorável dos hospitais e da falta de medicação específica, os hospitais começaram a superlotar. Devido a esses fatos, destacaram-se os maus tratos aos internados, sendo evidente uma assistência que tinha, sobretudo, a função social de excluir “as sobras humanas” produzidas em cada momento histórico (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Na década de 1960, a psiquiatria brasileira passou a ser influenciada por experiências internacionais, tais como a Reforma Psiquiátrica Italiana, sob influência do psiquiatra Franco Basaglia, que propunha a compreensão da loucura, detectando sua impalpável complexidade.

O principal objetivo era romper com o paradigma psiquiátrico por meio da desconstrução de aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que o ancoravam (COSTA, 2007).

Para Basaglia, a instituição psiquiátrica era um lugar de segregação, de violência e morte que deveria ser combatido e superado. A proposta da reforma psiquiátrica italiana, buscou resgatar no indivíduo suas referências socioculturais, considerando a experiência do sujeito em seu tratamento, propondo a emancipação do portador de transtorno mental com sua reinserção social e não a cura ou recuperação (SERAPIONI, 2019).

Nessa perspectiva, na década de 1970, iniciou-se o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os primeiros movimentos surgiram, quando profissionais da saúde, recém-formados, viram-se diante de um cenário de descaso e violência. O episódio refere-se à mobilização de residentes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (MS), onde as condições eram inegavelmente precárias (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em um contexto histórico repleto de conflitos inerentes ao período ditatorial militar. Os movimentos sociais e institucionais foram influenciados pelos princípios ideológicos vigentes no território europeu, combinando ações pontuais, que unidas impulsionaram o movimento que ficou conhecido como a Reforma Psiquiátrica Brasileira – RPB (AMARANTE, 1996).

A reforma ocorreu simultaneamente ao movimento sanitário, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas ações de saúde; defesa da saúde coletiva; equidade na oferta de programas e serviços de saúde; e protagonismo dos profissionais e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

A RPB foi um processo sócio-político complexo, composto de atores e forças de diferentes procedências, e que incidiu em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal; nas universidades; no mercado dos serviços de saúde; nos conselhos profissionais; nas associações de pessoas com transtornos mentais e nos movimentos sociais. Pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (BRASIL, 2005).

O início da RPB foi concomitante às necessidades de mudanças no panorama econômico, político e cultural do país. Ocorreu no contexto de reivindicações de mudanças políticas concretas e se desenvolveu no campo da luta dos movimentos sociais, na conjunção da sociedade civil e do Estado, diante ao fortalecimento da sociedade civil (AMARANTE, 1996).

Neste contexto, difundiram-se movimentos sociais nacionais – envolvendo usuários e trabalhadores da saúde – mobilizados em torno da indagação acerca das difíceis e por vezes precárias condições de trabalho e de tratamento, e ainda a privatização da assistência psiquiátrica, limitando sua admissão nos serviços. Não obstante, emergiram denúncias, protestos e trocas de experiências perante adoção de outra postura frente ao tratamento da “doença mental” no Brasil (BORGES; BAPTISTA, 2008).

O primeiro momento de participação social na reforma psiquiátrica foi no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. O movimento era formado por profissionais integrantes do movimento sanitário; associações de famílias; sindicalistas; membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

No início dos anos 1980, com a crise financeira da Previdência Social (PS), surgiram sugestões de reformulação da assistência médica neste âmbito, mas também da saúde. Como efeito das mudanças políticas foi convocada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual foi marcada devido à participação social na elaboração das políticas públicas do país. (COSTA *et al.*, 2016).

No entanto, visto que a 8ª conferência dispôs de uma temática mais geral, foram convocadas conferências específicas, dentre as quais a de Saúde Mental. Assim, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Todavia, essa ocorreu após muitas dificuldades, uma vez que, paradoxalmente, o departamento de saúde mental do Ministério da Saúde (MS) era desfavorável às ideias reformadoras e à participação social na construção das políticas públicas. Para sua realização foi decisiva a atuação de participantes do MTSM que desencadearam conferências estaduais, sem a anuência do governo central, sendo essa a única conferência que não aconteceu na capital do país, mas na cidade do Rio de Janeiro (BRASIL, 2005).

Durante a I CNSM decidiram por convocar, naquele mesmo ano, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental realizado na cidade de Bauru, em São Paulo, sendo esse um dos marcos principais da luta Antimanicomial Brasileira (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse evento, com o tema “uma sociedade sem manicômios”, o movimento pela reforma deixou de ser um coletivo de profissionais e se tornou um movimento social, com a

participação dos próprios usuários da saúde mental e seus familiares, e também com outros ativistas de direitos humanos. Outrossim, além da luta pela melhoria do sistema de saúde, da luta contra a violência, a discriminação e segregação, esse evento foi marcado pela luta da extinção das instituições e concepções manicomiais (AMARANTE, NUNES, 2018).

Neste mesmo ano, 1987, foi implantado o primeiro serviço substitutivo de saúde mental no Brasil, na cidade de São Paulo. Dois anos depois, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos/SP deu início a um processo de intervenção no hospital psiquiátrico, Casa de Saúde Achieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção, de repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico (BORGES, BAPTISTA, 2008).

Nesse momento, o campo da saúde mental passa a praticar uma radicalidade da proposta de participação social muito além do formalmente previsto na legislação do SUS, acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90. Em 1989, as discussões levantadas, no Congresso de Saúde Mental, resultaram no Projeto de Lei que propunha a Reforma Psiquiátrica no País, de autoria do deputado mineiro, Paulo Delgado, que tramitou no Congresso Nacional, por 12 anos. No ano de 2001, foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, que instituiu a reforma psiquiátrica e a substituição dos modelos hospitalocêntricos no tratamento do portador de adoecimento psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A RPB propôs um processo de desinstitucionalização que parte da compreensão da pessoa com transtorno mental e comportamental enquanto sujeito de sua história, uma contraposição à inflexibilidade do modelo hospitalocêntrico.

Após a aprovação da lei da RPB, é notório seu potencial indutor de transformações e avanços no cenário assistencial do país. De acordo com o MS, alcançou-se, em 2014, o índice de 86% da população coberta com serviços extra hospitalares, territoriais e de base comunitária. Observam-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos SUS em hospitais psiquiátricos e a indicação de dez hospitais psiquiátricos para descredenciamento no SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar- PNASH (BRASIL, 2015).

Além disso, registra-se o repasse de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial (trabalho, cultura e inclusão social) e em chamadas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (BRASIL, 2015).

Ademais, além da aprovação da Lei n.10.216, pode-se apontar a publicação da Portaria n. 336/2002 e da Portaria n. 189/2002 – que atualizam a Portaria n. 224/1992 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos – a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial como fator decisivo na história recente para um substancial incremento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil e para a relativização do papel hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Diante dessas mudanças, era de extrema necessidade o surgimento de um novo modelo de assistência, que viabilizasse uma rede que substituísse o modelo “hospitalocêntrico”. A intenção na reestruturação da assistência psiquiátrica era a de possibilitar que a pessoa com sofrimento mental permanecesse com a família. Todavia, para que este convívio fosse saudável e positivo, era preciso que o serviço estivesse inserido em uma rede articulada de apoio e de organizações que se propunham a oferecer um cuidado contínuo (FERREIRA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. O MS preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede de cuidado em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

4.3 Os Centros de Atenção Psicossocial

Em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo. Esse serviço propunha evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período (BRASIL, 2004).

O CAPS Luís da Rocha Cerqueira foi inspirado nas experiências vivenciadas fora do país, principalmente das comunidades terapêuticas italianas. No entanto, segundo Pitta (2010), o exemplo de maior inspiração foram os serviços de saúde mental existentes em Manágua (Nicarágua), por volta de 1986, em plena revolução daquele país.

Dentro dos CAPS foram formadas equipes com caráter interdisciplinar e tinham como proposta ações interligadas entre tratamento, prevenção e reabilitação. A equipe utilizava-se de líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas; seu marco foi o

compromisso ético em que todos têm o direito a uma vida digna a respeito da doença mental ou outras limitações, sejam sociais e econômicas (PITTA, 2010; FERREIRA *et al.*, 2016).

Em 1989 foram criados, em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), esses serviços tinham as mesmas características de um CAPS, o que diferenciava era o atendimento 24h. Inserido no contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental, juntamente com o CAPS de São Paulo, constituíram-se em referências para a implantação de serviços substitutivos em todo país (BRASIL, 2004; ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Os NAPS foram posteriormente denominados de CAPS III. Nos anos que se seguiram, os CAPS foram implementados em vários municípios do país e consolidaram-se como dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar no contexto da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004; ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Com a instituição do SUS, nos anos 1980/90, configurado como: um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, cujo objetivo primordial é a garantia do acesso de todos a uma assistência à saúde integral e equitativa; ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando a consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (BRASIL, 2004).

O pressuposto era que não houvesse um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado. Pela alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos do saber, a interdisciplinaridade inerente às questões da saúde torna-se uma prerrogativa para funcionamento do SUS, a constituição de redes assistenciais (QUINDERÉ, 2014).

Nessa perspectiva, no campo da saúde mental, considerando a necessidade de que o SUS ofereça uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento mental e com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas e suas famílias, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).

A RAPS foi instituída pela portaria n° 3.088 de 2011, que consolidou a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária,

com serviços de base territorial e comunitária, substituindo, o modelo hospitalocêntrico e manicomial (BRASIL, 2011).

Essa rede tem como diretrizes o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade dos indivíduos; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, com oferta de cuidado integral e assistência interdisciplinar; atenção humanizada; desenvolvimento de atividades no território, com a inclusão social; o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; participação e controle social dos usuários e de seus familiares; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo princípio a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

Dentre os objetivos da RAPS está a ampliação do acesso à atenção psicossocial para a população em geral; promoção do vínculo das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantia a articulação e integração dos pontos de atenção das Redes de Saúde no território e a avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2011).

Essa rede é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde; pelas Equipes de Consultório na Rua; pelas Equipes de Apoio aos Serviços da Atenção Residencial de Caráter Transitório; pelos Centros de Convivência; pelos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; pela rede de atenção de urgência e emergência, tal como, o SAMU; as Salas de Estabilização; as Unidades de Pronto Atendimento; pelas enfermarias especializadas em Hospital Geral; pelos serviços Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

Dentre os constituintes da RAPS, destaca-se a Atenção Psicossocial Especializada, tendo como referência os CAPS. Esse serviço de atenção à saúde mental é definido como unidades de saúde locais de caráter aberto e comunitário regionalizadas, a partir de uma população segundo a sua localização, e que deveriam oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar (BRASIL, 2011).

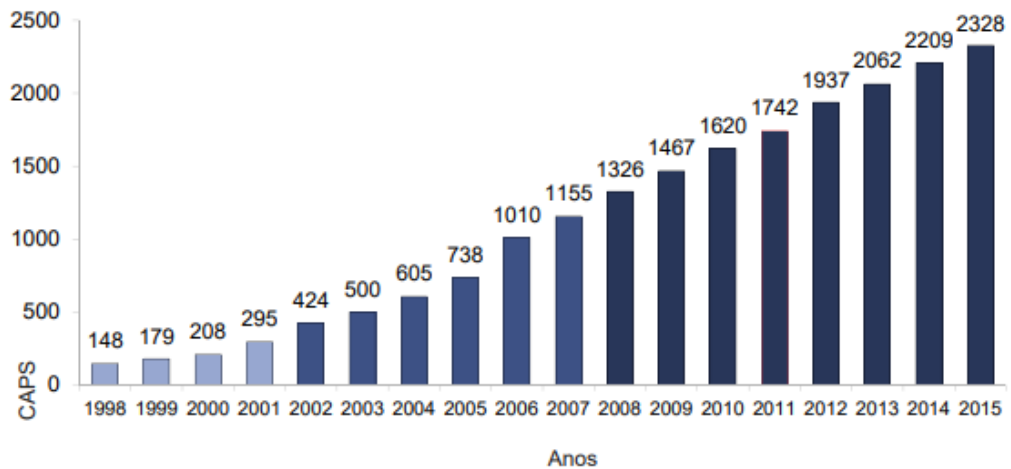
Os CAPS têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. Devem estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004; FERREIRA *et al.*, 2016).

Como instituição que objetiva o atendimento interdisciplinar, o CAPS tem como modelo de atendimento o trabalho em rede, que corresponde à comunicação ativa com os outros componentes que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, tais como: a atenção básica, a Estratégia de saúde da Família (ESF), a própria família do sujeito. Desse modo, o objetivo do CAPS é acolher os usuários com transtornos mentais, incluindo aqueles com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

A figura 2 abaixo, gráfico retirado do relatório de gestão 2011-2015, produzido pelo ministério da saúde, demonstra a expansão do número de CAPS em território nacional (BRASIL, 2016).

Figura 2 - Gráfico da expansão dos CAPS no Brasil entre 1998 e 2015.

Gráfico 2. Série histórica de expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a 2015)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

Fonte: Relatório de Gestão 2011-2015, Ministério da Saúde, 2016.

Os dados indicaram um padrão de crescimento progressivo, apontando para a consolidação do modelo territorial e comunitário de cuidado para pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Com a expansão do serviço, é possível verificar sua distribuição junto aos territórios, totalizando, no ano de 2015, 2.328 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Acerca da organização dos CAPS, esses foram divididos em seis modalidades: CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS ad (álcool e drogas); CAPS ad III e CAPS infantil (QUADRO 1). As modalidades diferem em relação ao tamanho populacional de sua localização e quanto às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Quadro 2 - Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial brasileiro.

Modalidades	Faixa Etária atendida	Especificidade de atendimento	Tamanho populacional por município ou região
CAPS I	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas	pelo menos 15 mil habitantes
CAPS II	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas	pelo menos 70 mil habitantes
CAPS III	todas as faixas etárias	transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas	pelo menos 150 mil habitantes
CAPS i	crianças e adolescentes	transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas	pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad	todas as faixas etárias	especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas	pelo menos 70 mil habitantes

CAPS ad III	todas as faixas etárias	especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas	pelo menos 150 mil habitantes
-------------	-------------------------	---	-------------------------------

Fonte: Dados do Ministério da Saúde, 2017.

Segundo o Relatório de Gestão de 2011-2015 (BRASIL, 2016), houve uma expansão de 708 CAPS (374 CAPS I, 70 CAPS II, 37 CAPS III, 88 CAPS AD III, 82 CAPS i, 57 CAPS ad), no período compreendido entre 2011 e 2015. De acordo com os dados, percebe-se que os CAPS I foram os que mais cresceram no Brasil.

O trabalho no CAPS deve ser realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião de equipe, grupos com familiares), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado deve ser desenvolvido por meio da elaboração do Projeto Terapêutico Individual (PTI), envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e a família (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O PTI é planejado a partir das propostas sobre as condutas terapêuticas articuladas, envolvendo o sujeito individual e/ou a família, como resultado da discussão coletiva da equipe técnica do serviço. Esse instrumento tem como objetivo garantir a singularidade do cuidado e a diferença como elementos centrais de articulação do processo saúde-doença (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Dessa forma, o PTI aborda o usuário, em sua história de vida, costumes, cultura e cotidiano, em sua maioria, ultrapassa o espaço do próprio serviço, comprometendo as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da APS, garantindo processo de gestão compartilhada e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Portanto, a principal característica do serviço é buscar integrar seus usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, como lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem o objetivo de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

Assim, sendo o CAPS uma estratégia da Política Nacional de Saúde Mental, como lugar de referência e de cuidado e promotor de vida, com objetivo de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares, vê-se a necessidade de avaliar a qualidade da

assistência prestadas nesses serviços para o planejamento estratégico das ações desenvolvidas, assim como propor melhorias que possam beneficiar o processo de trabalho e, conseqüentemente, impactar na qualidade do cuidado junto ao usuário e familiar.

4.4 Avaliação de Serviços em Saúde Mental

O ato de avaliar se faz presente na história da humanidade desde seus primórdios, sendo inerente ao próprio processo de aprendizagem (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Desde meados do século XX, a qualidade da atenção à saúde mobiliza o interesse acadêmico nos Estados Unidos e na Europa. O interesse em avaliar programas e serviços públicos manifestou-se logo após a Segunda Guerra Mundial como consequência da necessidade de planejar e investir, eficazmente, os recursos destinados às áreas da saúde, social, educacional e social (SILVEIRA, 2008).

Esta visão do processo de avaliação segue uma ótica gerencial e está voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. No Brasil, antes da implantação do SUS a valorização dada ao tema era incipiente, ganhando relevância com sua expansão e consolidação (SILVEIRA, 2008).

A definição de qualidade do cuidado é tarefa complexa e essencial para a avaliação das políticas e intervenções em saúde. Pesquisas acerca da qualidade dos serviços de saúde, muitas vezes associadas à implantação de políticas, ainda esbarram em dificuldades, que englobam desde a falta de consensos a respeito de definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparação dos resultados (BOURCIER *et al.*, 2015).

Originalmente, qualidade expressava o juízo de valor do usuário relativamente ao cuidado médico. Com o tempo, o conceito passou a englobar estimativas do grau que os cuidados potencializam a recuperação da saúde do usuário e reduzem a probabilidade de maleficência, em comparação com parâmetros apropriados. O desenvolvimento da fundamentação teórica, metodológica e de critérios para avaliar a qualidade dos serviços de saúde é estratégico para a padronização de instrumentos, a identificação de áreas que precisam de maior atenção ou a necessidade de revisão de protocolos e de reorganização do serviço (BOURCIER *et al.*, 2015).

O conceito de qualidade, no setor de saúde está vinculado também à relação entre benefícios obtidos, diminuição de risco e custo para a obtenção de um elevado padrão de assistência e satisfação do usuário (DONABEDIAN *et al.*, 1982). Este conceito se relaciona com os objetivos dos serviços de saúde, dentre eles: melhorar; recuperar; promover a saúde e satisfazer as expectativas da população atendida, considerando os custos envolvidos no processo (WHO, 2000).

Dentre os mecanismos de controle de qualidade, tem-se a avaliação. Segundo Donabedian (2003), avaliar é monitorar continuamente os serviços de saúde oferecidos, para detectar e corrigir precocemente os desvios dos padrões encontrados, permitindo o aperfeiçoamento e desenvolvimento dos serviços avaliados.

Em complementação, Akerman e Nadanovsky (1992) referem que a avaliação de qualquer intervenção de saúde significa comparar o que se observa na prática, com aquilo que é considerado como a melhor intervenção possível, no momento. Sendo assim, um dos meios de se avaliar é, portanto, confrontar o que está sendo feito no cotidiano dos serviços com o que está preconizado nas normativas que regem aquele serviço.

Nesse contexto, a avaliação da qualidade em Saúde Mental apresenta-se como um processo capaz de influenciar a tomada de decisão, produzindo informações para julgamentos com maior validade. Considerando a complexidade da temática e a reformulação do modelo de atenção, estratégias de avaliação desse modelo são necessárias para acompanhar sua implantação e funcionalidade (COSTA *et al.*, 2015).

Segundo Uchimira, Bosi (2002) os estudos de avaliação, com abordagem qualitativa, têm enfoque na dimensão subjetiva da qualidade e auxiliam para desvendar os sentidos dos fenômenos a partir da sua complexidade, riqueza e profundidade. Ademais, esses deveriam ser utilizados para analisar o êxito das práticas desenvolvidas, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos em relação aos serviços de saúde.

Os serviços, suas racionalidades e práticas podem ser fortalecidos a partir de reflexões aprofundadas, visando maior eficácia, efetividade e melhoria da vida dos usuários. No campo da saúde mental, tem-se uma carência de indicadores de avaliação devido à dificuldade de transposição dos instrumentos de avaliação para essa área. Os parâmetros utilizados na assistência médica não se adaptam à realidade dos serviços de saúde mental (WETZEL, 2004).

Na avaliação em saúde mental, todos os aspectos objetivos, mais que em outras áreas, são perpassados pela intersubjetividade das relações entre usuários e profissionais, e todos os

envolvidos no processo de trabalho, aumentando assim as dificuldades nos processos de avaliação em serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2015)

Entende-se que, devido às diferentes realidades no cenário brasileiro, os serviços de saúde apresentam uma grande diferenciação entre si. Cada serviço tem uma história própria, com suas facilidades e dificuldades específicas e distintas, sendo assim, dificulta a concepção de instituições homogêneas. Nesse sentido, a utilização de indicadores quantitativos padronizados em um processo avaliativo, que não levam em conta essas especificidades, tem conduzido a noções e julgamentos equivocados de eficiência (WETZEL, 2004).

Wetzel *et al.* (2004) afirmam ainda que o uso de indicadores quantitativos, não permite avaliar se o serviço de saúde mental está construindo seu processo de trabalho dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica, ou se segue reproduzindo a mesma lógica manicomial. Para os referidos autores, essa questão perpassa pela forma como se configuram, no cotidiano do serviço, as relações entre os diferentes atores.

Nessa lógica, Sobrinho (2000) refere ser necessário discordar de indicadores únicos e mensuráveis de eficiência e produtividade. Para o referido autor, o entendimento da qualidade de um serviço é uma construção social que varia conforme os interesses dos grupos envolvidos. O juízo de valor, no processo avaliativo, deve ser acompanhado de uma ampliação e diversificação dos eixos em torno dos quais são emitidos tais julgamentos, a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos em uma instituição.

Em complementação, Hartz (2005, p. 16) afirma que a definição de avaliação como "julgamento" pode variar "desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo (...) até uma análise que envolva o significado do fenômeno". A concepção ampliada de avaliação desdobra-se na proposição de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas versus quantitativas, sob o argumento, também inspirado em Bourdieu, de que o que importa no processo de investigação "é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo".

Sendo assim, a notoriedade da abordagem qualitativa nas pesquisas avaliativas se ressalta por ser focalizada na experiência humana, valorizando os diferentes atores em seu próprio contexto, pois considera a linguagem e as práticas ali desempenhadas. Apesar das conclusões resultantes da avaliação qualitativa não terem tanto poder de universalização, por conta de seu caráter mais centrado em um cenário, entretanto, podem ser utilizadas para

compreender contextos específicos, produzindo inferências abrangentes a outros contextos (MINAYO, 2008).

Admitindo essa necessidade de envolver diferentes atores em um processo de avaliação, para este estudo adotou-se o referencial da Avaliação Tridimensional proposto por Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 2003), para avaliar as dimensões de Estrutura, Processo e Resultados do Centro de Atenção Psicossocial do município de Carmópolis de Minas, na perspectiva dos profissionais, usuários e familiares.

4.5 Avaliação Tridimensional de Donabedian

A maioria dos estudos atuais de avaliação de serviços de saúde são baseados na tríade de Avedis Donabedian, médico armênio residente nos Estados Unidos, que foi pioneiro em se dedicar a estudar e publicar a respeito do processo de qualidade na área da saúde. Esse autor fez adaptações da teoria de sistemas com noção de indicadores de estrutura, processo e resultado para a avaliação de serviços de saúde, tornando-se um clássico nos estudos de qualidade em saúde (D'INNOCENZO *et al.*, 2006).

Segundo Donabedian, qualidade pode ser definida como um julgamento sobre o componente técnico quanto às relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de positivo. Nesse sentido, considerava que a qualidade da dimensão técnica do cuidado deveria ser julgada pela sua efetividade, o que corresponde, em última análise, a considerar esses dois termos como equivalentes (DONABEDIAN, 1991).

Para o mesmo autor, a avaliação dos serviços sempre comporta duas dimensões: o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos e; o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o paciente e o profissional da saúde, existe um processo complexo, que vai desde a dimensão comportamental até componentes técnicos muito específicos (DONABEDIAN, 2003).

Para desenvolver uma avaliação sistematizada da qualidade nos serviços de saúde, como citado anteriormente, Donabedian adaptou um sistema de indicadores focado em três componentes: Estrutura, Processo e Resultado.

A avaliação da Estrutura desenvolve-se a nível institucional e abrange a dimensão dos elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se a estrutura física; recursos humanos; materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (DONABEDIAN, 2003).

Donabedian (1980) ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da mesma, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais que influenciam o processo (apud SILVA, 94, p.83)

A avaliação de Processo refere-se à prestação da assistência do serviço de atenção à saúde. Esse tipo de avaliação está orientado, principalmente, para a análise da competência da equipe de saúde no tratamento dos problemas de saúde, isto é, o que é realizado para o usuário com respeito a sua doença ou complicação particular (DONABEDIAN, 2003).

Essa etapa da avaliação compara os procedimentos empregados pelos próprios profissionais de saúde com os estabelecidos como normas. Descreve-se as práticas assistenciais prestadas; a competência do profissional no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e usuário durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento.

Geralmente os critérios para a avaliação de Processo são estabelecidos pelo estudo da efetividade de práticas habituais de atenção em saúde. A avaliação pode ser realizada sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo, por meio de observação direta da prática e de estudos baseados nos registros médicos (D'INNOCENZO *et al.*,2006).

O estudo do Resultado retrata o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Também poderiam ser consideradas mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Como, em termos de saúde, o resultado se deve a muitos fatores, a sua mensuração e avaliação constituem o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado integral (DONABEDIAN, 2003).

Considerando-se a natureza multifacetada do estado de saúde, existem muitas metodologias que utilizam medidas de resultado seguras e válidas. Nesta etapa da avaliação verificam-se as mudanças, relacionadas com conhecimento e comportamento, no estado de

saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população, bem como a satisfação do usuário e do profissional envolvidos na assistência.

De acordo com Donabedian (2003), é o resultado que serve de parâmetro para a avaliação indireta da qualidade e, assim, torna-se relevante por ser o responsável por intervir nos outros componentes e operar mudanças objetivas no sistema como um todo. No entanto, mesmo que os resultados sejam um parâmetro de qualidade do serviço prestado, é essencial associá-lo às avaliações do processo e da estrutura para conseguir identificar as razões das diferenças encontradas, para aperfeiçoar o uso dos recursos, melhorar o planejamento, as intervenções e aumentar o alcance da eficiência almejada.

Como citado acima, um dos objetivos principais dos serviços de saúde é melhorar a saúde da população, atendendo as expectativas de todos os envolvidos no processo, em função dos recursos disponíveis e dos valores sociais existentes (WHO, 2000; DONABEDIAN, 1988). No entanto, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais da saúde conheçam as expectativas dos seus clientes. Entre as ações cabíveis, sugere-se monitorar constantemente a percepção do cliente em relação ao serviço prestado, para estimular a adoção de estratégias para melhorias compatíveis com cada caso e favorecer uma percepção positiva do serviço recebido (ZEITHAML, *et al.*, 1990).

Segundo Alves *et al.* (2017), no contexto específico da saúde mental, os processos avaliativos configuram-se em importantes instrumentos com potencial de qualificação das práticas e dos serviços, no entanto, ainda se faz incipiente quando se trata da avaliação dos resultados desse modelo.

Para CLEMENTINO *et al.* (2016), diante da reorganização dos serviços públicos em saúde mental com base nessa nova proposta de atenção psicossocial, a avaliação desses serviços se torna essencial, tanto no tocante às ações desenvolvidas quanto à estrutura física, recursos humanos, condições de trabalho, dentre outras a fim de verificar a efetivação da função de reabilitação psicossocial designada aos CAPS, objeto deste estudo.

A avaliação desses serviços favorece a detecção das dificuldades enfrentadas no processo de trabalho, e assim, fornece elementos que subsidiam a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividades das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela gestão (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

No atual cenário político do Brasil, a política de saúde mental vem sofrendo retrocessos, com a inversão de práticas de saúde que têm evidências consolidadas por outras que vêm na contramão das práticas de saúde mundialmente difundidas. Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde mental pode servir para demonstrar que o processo de cuidado que vem sendo construído tem validade.

5. PERCURSSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

O desenho do estudo foi do tipo estudo de caso, avaliativo, transversal, interpretativo, de natureza qualitativa.

O estudo de caso caracteriza-se por ser uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real. Segundo Yin (2015), o estudo de caso originou-se no campo da Medicina, sendo hoje uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa no campo das ciências humanas e sociais. Essa metodologia supõe o conhecimento do fenômeno, a partir da exploração em profundidade de um único caso.

O estudo de caso único justifica-se quando este representa um teste crítico de uma teoria existente, uma circunstância extrema ou peculiar, um caso comum, uma proposta reveladora ou uma proposta longitudinal (YIN, 2015).

Nesse sentido, este estudo justifica-se como estudo de caso único, por se propor a avaliar a singularidade das dimensões de Estrutura, Processo e Resultados do CAPS I do município de Carmópolis de Minas.

Trata-se de um estudo avaliativo, por realizar um julgamento acerca das práticas sociais, a partir de um questionamento ainda não respondido na literatura científica especializada, concernente às características gerais dessas práticas ou em um contexto particular, mediante recurso de métodos científicos próprios (HARTZ; SILVA, 2005).

Considera-se que esse tipo de pesquisa é aplicável ao ser realizada com rigor científico, para fazer descobertas que tenham utilidade imediata no contexto dos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

O estudo interpretativo é um método que fornece uma direção metodológica aos pesquisadores para conduzir a elaboração de questões de pesquisa voltadas para aspectos práticos; para a entrada no campo de maneira lógica, sistemática e justificada, bem como, para a criação de uma análise de dados, de modo que o engajamento do pesquisador com os dados torne possível uma interpretação do contexto estudado para além do óbvio (TEODORO, 2018).

Nessa perspectiva metodológica, o pesquisador tem a possibilidade de descrever a realidade e as experiências obtidas ao longo do estudo, revelando uma variedade de dimensões de uma determinada situação, sem deixar de ressaltar os detalhes e as situações específicas que favoreçam uma maior apreensão do objeto de pesquisa (LÜDKE, 1984).

A metodologia qualitativa é aquela que se ocupa da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

O método qualitativo preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, fornecendo descrições detalhadas das atividades, dos processos e dos participantes do programa. Essa metodologia visa a uma compreensão ampla do fenômeno, portanto, considera que o ambiente e os indivíduos nele inseridos são importantes e devem ser examinados (MINAYO, 2014).

A opção pelo método qualitativo neste estudo inspirou-se em Kantorski e colaboradores (2012), que são autores de diversos estudos qualitativos na área da saúde mental, que essa abordagem permite um entendimento mais próximo do universo dos serviços e, conseqüentemente, demonstra de forma mais acurada as relações, os processos e os fenômenos que compõem aquela realidade.

5.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial do município de Carmópolis de Minas – MG. O CAPS foi implantado em agosto de 2019, após seis anos de tramitação no Ministério da Saúde.

É um serviço de modalidade I, pois localiza-se em um território com menos de 20.000 habitantes, que oferece cuidados em saúde mental, por meio de uma equipe multiprofissional. O serviço recebeu o nome “CAPS Dona Dinica”, em homenagem a uma cidadã carmopolense, que foi uma parteira reconhecida pela população, pelos vários feitos realizados na cidade.

A escolha do campo de pesquisa aconteceu durante as reuniões do Grupo de Pesquisa em Políticas e Práticas em Saúde Mental, Drogas e Direitos Humanos, em que a Secretária de Saúde do Município de Carmópolis de Minas, membro do mesmo, esboçou interesse para o desenvolvimento de pesquisas que avaliasse o CAPS Dona Dinica, que havia sido implantado no município, a fim de contribuir para sinalizar as fragilidades da estrutura e das práticas assistenciais, que uma vez alinhadas, repercutirão na melhor qualificação do cuidado ofertados

O município de Carmópolis de Minas possui uma população de aproximadamente 17.048 habitantes, com área geográfica de 401,7 km², localizada na região Centro Oeste de Minas Gerais, como pode ser visto nas figuras 3 e 4. Sua principal atividade econômica é a agricultura (IBGE, 2020).

Figura 3 - Localização do município de Carmópolis de Minas-MG.



Fonte: Site da Prefeitura de Carmópolis De Minas, 2020.

O município foi fundado em 1862, como uma província, mas foi apenas em 1948 que conseguiu sua elevação à categoria de cidade com o nome de Carmópolis de Minas. O nome – “cidade (pólis) do Carmo” – homenageia sua padroeira Nossa Senhora do Carmo e remete ao Monte Carmelo, por sua topografia montanhosa (IBGE, 2020).

Figura 4 - Foto aérea do município de Carmópolis de Minas-MG.



Fonte: Site da Prefeitura de Carmópolis De Minas, 2020.

No âmbito do SUS, a Rede de Saúde do município é composta por seis Equipes de Saúde da Família; uma equipe de NASF modalidade I; uma Santa Casa de Misericórdia; um Núcleo de Saúde da Mulher e da Criança; um Centro de Especialidades; um Laboratório Municipal e mais recente o CAPS modalidade I. A Rede de Saúde Mental do município tem como retaguarda um leito de urgência e emergência para saúde mental no hospital geral da cidade.

5.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo a secretária de saúde do município; oito profissionais da equipe técnica e a coordenadora do CAPS; sete usuários do CAPS; oito familiares dos usuários.

Os profissionais da equipe técnica eram enfermeira; psiquiatra; assistente social; psicóloga; terapeuta ocupacional; técnica de enfermagem; oficinaira e assistente de cursos livres. A escolha destes profissionais ocorreu pelo fato de estarem envolvidos diretamente no cuidado da saúde aos usuários.

Os usuários e familiares foram convidados a participar do grupo focal, por meio de um convite entregue pela equipe do CAPS. No total foram convidados 15 familiares e 15 usuários. A escolha dos participantes foi aleatória, mas atendendo aos critérios de inclusão.

Como critérios de inclusão para os usuários, considerou-se os que estavam inseridos na modalidade de acolhimento diurno (permanência-dia) e que apresentavam condição cognitiva como: consciência do eu, pensamentos e linguagem coerentes, sem agitação psicomotora, que os permitissem participar do grupo focal.

Em relação aos familiares, o critério de inclusão foi o de estar envolvido no acompanhamento do usuário inserido no serviço. A seleção foi aleatória para que tivesse uma representatividade mais fidedigna desses participantes.

5.4 Procedimentos para coleta de dados

Inicialmente, é importante contextualizar que o presente projeto de pesquisa foi formulado anteriormente à pandemia de Covid-19. Ao elaborar-se o mesmo, não era esperado que ocorresse uma mudança tão abrupta e prolongada no cenário mundial, que afetaria o cotidiano dos serviços de saúde.

Portanto, como a coleta de dados ocorreu durante a pandemia, por se tratar de um estudo avaliativo, optou-se por coletar informações referentes à realidade do cenário de pesquisa antes e durante a pandemia.

A entrada no campo foi precedida por uma apresentação do projeto de pesquisa à equipe do serviço. Esse momento foi importante para estabelecer um vínculo inicial com os profissionais e com a coordenação do CAPS, permitindo uma visão geral do projeto e a consolidação do compromisso ético de devolutiva dos resultados.

Para a coleta de dados, foram utilizadas duas estratégias de investigação, sendo essas: entrevistas semiestruturadas e grupos focais. A triangulação de estratégias metodológicas foi escolhida, a fim de garantir credibilidade à pesquisa, por entender que o cruzamento de informações oriundas de diferentes fontes, torna mais factível a compreensão dos processos presentes no serviço (MINAYO, 2014).

5.4.1 Entrevista com a secretária de saúde, coordenadora e profissionais do CAPS

Por se tratar de um estudo com objetivo de avaliar um serviço de saúde optou-se pelo uso da entrevista individual com os profissionais por ser uma técnica que permite ao participante maior liberdade para expressar sua opinião (MINAYO, 2014). As entrevistas com a secretária de saúde do município, coordenadora do CAPS e com os profissionais ocorreram em outubro de 2020.

As entrevistas foram realizadas por meio de uma plataforma online. Para tanto, os profissionais se encontravam em uma sala reservada, com privacidade, no período de trabalho. Assim, os agendamentos foram acordados previamente com os participantes, de modo a não acarretar prejuízos ao serviço.

Na entrevista com a secretária de saúde do município as questões focaram no processo de implantação do CAPS (APÊNDICE I). Para nortear as entrevistas com o coordenador e os profissionais do CAPS, foram apresentadas questões abertas relacionadas à estrutura, às

práticas assistenciais e ao cuidado ofertado no serviço (APÊNDICE II). Além disso, foi aplicado um questionário sociodemográfico (APÊNDICE III).

Durante as entrevistas, os participantes tiveram total liberdade para se expressarem e, diante da sensibilidade da autora e da necessidade de aprofundar determinado aspecto, novas questões eram formuladas. Essas tiveram, em média, 60 minutos de duração cada.

Todas as entrevistas foram audiogravadas, mediante o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas na íntegra pela mestrande e por um aluno de iniciação científica, de forma independente. Na sequência, foi realizada uma revisão das transcrições, a fim de assegurar a fidedignidade das falas.

5.4.2 Grupo focal com usuários e familiares

Para a coleta de dados com os usuários e com os familiares, optou-se pela técnica de grupo focal, por acreditar que no encontro coletivo esses participantes teriam mais estímulo para se expressarem.

Segundo Minayo (2014), a técnica de grupo focal consiste em conversas em grupos pequenos e homogêneos, com objetivo de obter informações a partir da interação entre os participantes. Essas opiniões podem ser divergentes ou concordantes.

O grupo focal de usuários teve a participação de sete participantes e o grupo de familiares contou com oito participantes, sendo realizado um grupo focal para cada. Os grupos foram realizados em novembro de 2020, em dias diferentes para não interferir na dinâmica do serviço, em uma sala cedida pelo CAPS, com total privacidade. Ambos os grupos tiveram média de 60 minutos de duração.

A dinâmica dos grupos foi conduzida pela mestrande, que atuou como moderadora, e um relator, um aluno de iniciação científica (IC) e membro do grupo de pesquisa. O discente de IC foi previamente treinado para auxiliar na condução do grupo focal.

Inicialmente, foi aplicado um instrumento para caracterização sociodemográfica dos participantes (APÊNDICE IV). Para a condução do grupo foram utilizados dois roteiros norteadores com questões abertas, um para os usuários (APÊNDICE V) e outro para os familiares (APÊNDICE VI).

O conteúdo das falas dos grupos focais foram audiogravadas, mediante o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritos na íntegra por dois pesquisadores independentes.

Na sequência, foi realizada uma revisão das transcrições a fim de assegurar a fidedignidade das falas. O processo de coleta ocorreu de forma concomitante à análise dos dados.

5.5 Instrumentos de Pesquisa

O instrumento utilizado para a caracterização sociodemográfica da coordenadora e profissionais do CAPS era composto pelas variáveis: sexo; idade; etnia; naturalidade; estado civil; profissão; grau de escolaridade; vínculo empregatício; jornada de trabalho; salário bruto mensal; tempo de trabalho no CAPS.

O instrumento de caracterização sociodemográfica utilizado para usuários e familiares abrangia as variáveis: sexo; idade; etnia; naturalidade; estado civil; grau de escolaridade; principal fonte de renda; vínculo empregatício; jornada de trabalho; com quem vivia; quantas pessoas residiam na residência e tipo de moradia.

Os roteiros das entrevistas e dos grupos focais foram fundamentados nas três dimensões do modelo de avaliação proposto por Donabedian (2003), com objetivo de orientar o diálogo, a fim de avaliar os aspectos da estrutura, das práticas assistenciais e dos resultados do cuidado ofertado pelo CAPS, sob a perspectiva dos participantes.

Salienta-se que foi utilizado como referência para a construção dos mesmos a Escala de Avaliação de Satisfação dos usuários, familiares e profissionais, em serviços de saúde mental - SATIS-BR (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Esta escala foi elaborada originalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como parte de um projeto que objetivou construir instrumentos de avaliação dos serviços de saúde mental, que incluíssem a satisfação dos três atores envolvidos nos serviços, usuários, familiares e profissionais. Em 2000, Bandeira, Pitta e Mercier realizaram a adaptação e a validação deste instrumento para o Brasil (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Para a elaboração do roteiro utilizado nas entrevistas com os profissionais, utilizou como referência os itens 20, 22, 33 que se referem a participação no processo de tomada de decisões, implementação de atividades no serviço, satisfação com a atenção e os cuidados ofertado aos usuários e o ambiente de trabalho.

Nos roteiros utilizados nos grupos focais, a pergunta formulada para avaliar acerca da estrutura física do serviço utilizou-se como base os itens 12 e 13 da escala SATIS-BR, correspondentes às condições gerais, conforto e aparência das instalações do serviço. Para

avaliar o processo de trabalho, baseou-se nos itens 6, 7, 9, 10, que englobam questões como competência da equipe, discussão do tratamento e transmissão de informações e perfil da equipe.

5.6 Análise dos dados

A etapa de análise dos dados baseou-se nos passos da técnica de análise de discurso. Essa técnica consiste na utilização de um conjunto de técnicas, sistemáticas e objetivas, que permitem a inferência de conhecimentos acerca dos dados de um determinado contexto (PECHEUX, 1988 apud MINAYO, 2014, p. 318).

Para a análise do discurso, foram percorridas as seguintes etapas: a leitura flutuante do material; exploração do material, com a categorização dos dados e, por fim, análise dos textos obtidos, enquanto corpus, etapa em que é realizada a interpretação dos dados.

Neste estudo, para a avaliação do serviço utilizou-se como parâmetro as normativas e legislações da política de Saúde Mental Brasileira, sendo elas a: Portaria nº 336 de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002); Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010); manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2013) e o Manual Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2004). Assim como, a literatura científica da área.

Para todas essas etapas utilizou-se o software MAXQDA®, versão 20.1 para a organização dos dados, codificação e apoio das análises.

A codificação das entrevistas e dos grupos focais foi realizada mediante o uso de um conjunto de códigos definidos previamente, baseado nas dimensões propostas por Donabedian (2003), sendo essas: Estrutura, Processo, entendido como práticas assistenciais, e Resultado, como o cuidado ofertado pelo CAPS. A análise dos dados consistiu em uma leitura sistemática, na qual foram destacados todos os trechos das transcrições que mantinham relação com os códigos pré-definidos, aspecto que permitiu a utilização de maneira mais apurada do referencial teórico durante o processo de análise.

Ao final, as codificações foram revisadas, buscando-se verificar a homogeneidade dos temas que constituía cada um dos códigos. A confirmabilidade do estudo foi estabelecida pela descrição detalhada de todo o processo do estudo, desde a coleta dos dados com os participantes, ao processo de análise dos dados e os instrumentos utilizados.

No capítulo Resultados e Discussão, para manter o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados. Os profissionais foram identificados com a letra P; os usuários com a letra U; os familiares com a letra F. Todas as identificações foram seguidas por um número arábico para diferenciar os participantes.

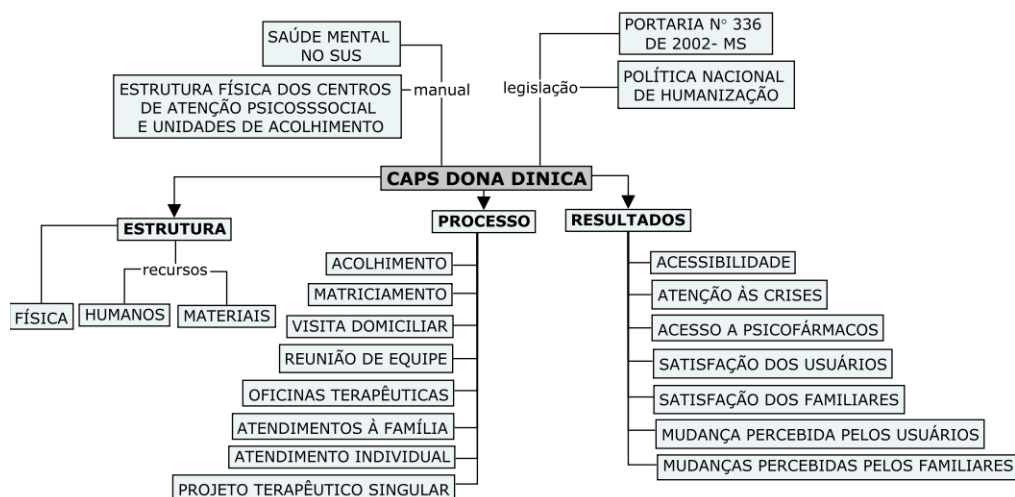
5.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do cenário de estudo e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer de nº 4.329.244 (ANEXO I) e seguiu todos os preceitos éticos, de acordo com a resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta de dados ocorreu somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE VII e VIII) pelos participantes deste estudo.

O anonimato foi garantido pela codificação dos depoimentos de modo a excluir a possibilidade de identificação no estudo a partir das respostas. Esta pesquisa ofereceu risco mínimo, que seria minimizado por meio de acolhimento e escuta das reações emocionais, mas que não se fizeram necessários.

5.8. Mapa conceitual síntese da avaliação realizada neste estudo



Fonte: Elaborado pela autora.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A Implantação do CAPS Dona Dinica

Os movimentos para a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Carmópolis de Minas iniciaram-se em 2005, quando os profissionais que atuavam na Atenção Primária do município começaram a questionar a inexistência de atenção em saúde às pessoas que vivenciavam processos de adoecimento psíquico.

Naquela época, o município não tinha uma Rede de Saúde Mental e os médicos que atuavam na Atenção Primária não se sentiam capacitados para atender às demandas de saúde mental. Assim, eram muitos os encaminhamentos para atendimento psiquiátrico.

Neste sentido, o atendimento especializado em saúde mental era realizado por um único médico-psiquiatra que atuava duas vezes por semana, no ambulatório geral do município. Não se tinha na rede de saúde outro profissional com especialização em saúde mental. Posto isso, nos dias do atendimento do psiquiatra, as filas de usuários eram enormes e, muitas vezes, esses tinham apenas suas receitas renovadas, sem um acompanhamento apropriado.

Nesse contexto, a rotatividade de médicos nas equipes da Atenção Primária apresentava-se como outro dificultador no acompanhamento desses usuários, pois tinha-se a dificuldade de criar vínculo. Outrossim, a gestão municipal não demonstrava preocupação em modificar esse modelo de atendimento da saúde mental estabelecido naquele município.

Com a falta de suporte para atender às demandas da saúde mental, aumentava o número das solicitações familiares ao poder público das internações psiquiátricas compulsórias, para usuários de substâncias psicoativas ou para transtornos mentais. Quando as ordens judiciais chegavam até os profissionais da Atenção Primária, não se tinha muito o que fazer, pois o município não tinha estrutura para atender as demandas apresentadas. Assim sendo, os profissionais sentiam-se angustiados com a situação, pois entendiam a necessidade de tratamento dos usuários, mas não tinham a quem recorrer. Essa situação perdurou por anos.

A falta de dispositivos de saúde mental para atender à população em municípios de pequeno porte, assim como em Carmópolis de Minas, ainda é uma realidade encontrada em outras regiões do estado de Minas Gerais e no Brasil.

Segundo Vale (2019), um dos principais gargalos no avanço da Atenção Psicossocial está associado a morosidade na implantação dos CAPS em municípios com contingente

populacional para criação de tal serviço. O autor demonstrou a realidade da macrorregião do Vale das Vertentes em MG, onde existem diversos municípios que atendiam aos critérios para a implantação dos serviços substitutivos em saúde mental, mas que ainda não o fizeram.

Retomando, em 2013, com a mudança na gestão, o município de Carmópolis de Minas firmou um convênio para atendimentos em saúde mental no CAPS de uma cidade vizinha. Esse era o único CAPS de uma microrregião composta por cinco municípios. No entanto, para Carmópolis de Minas esse convênio não teve impacto positivo, pois o deslocamento dos usuários até o CAPS dificultava a acessibilidade.

Os consórcios intermunicipais são estratégias de gestão firmadas pelos municípios, baseado no princípio da regionalização da política de saúde brasileira, com o qual busca-se superar a fragmentação da oferta de serviços de saúde por meio de ações cooperativas entre municípios.

Segundo Macedo e colaboradores (2017), as fragilidades na integração das ações entre os serviços nas macros e microrregiões de saúde geram dependência de determinados municípios em relação à rede de atenção dos municípios vizinhos que possuem maior diversidade de serviços.

Posto isso, questiona-se se o processo de ampliação do acesso aos serviços de saúde mental, por meio da regionalização, está garantindo o acesso integral e equitativo, considerando a dimensão territorial do Brasil. Além disso, tem-se “os aspectos de natureza histórico-estrutural, político-institucional e conjuntural” (MACEDO *et al.*, 2017p. 165), que também influenciam na efetividade das redes de saúde.

Diante da dificuldade na acessibilidade, a secretária de saúde do município, com o apoio da coordenadora da Atenção Primária, decidiu elaborar um projeto para pleitear a implantação de um CAPS I em Carmópolis de Minas. Dessa maneira, foi redigido o Projeto Terapêutico Institucional e organizado as documentações para solicitação de credenciamento do CAPS junto ao Ministério da Saúde – MS.

A espera pela resposta do credenciamento perdurou por quatro anos, até que em 2017, o município obteve o parecer favorável. Entretanto, tinha-se a questão da abrangência populacional, pois o número de habitantes do município era menor ao mínimo previsto na Portaria n° 336/2002, necessário para a aprovação.

No projeto do CAPS enviado ao MS, somou-se a população de um município vizinho, para que se atingisse a abrangência populacional mínima exigida. No entanto, perante o contexto de dificuldades com as demandas de saúde mental, a secretaria de saúde entrou com uma justificativa na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), junto a Secretaria do Estado de Minas Gerais requerendo que o CAPS fosse concedido em âmbito municipal. A proposta foi acatada pela Secretaria de Estado e o CAPS, de modalidade I, atenderia apenas a população do município de Carmópolis de Minas.

De acordo com a Lei nº 10.216, que garante proteção e direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelece o modelo assistencial em saúde mental, o atendimento a essas pessoas deve ser realizado dentro do território, junto ao convívio familiar, para tornar possível a reinserção na sociedade (BRASIL, 2001).

Nessa lógica, os municípios devem implementar serviços de saúde mental, de caráter multiprofissional, para que sejam garantidos os direitos à atenção em saúde mental. Com base em critérios populacionais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dos municípios brasileiros deve ser constituída por serviços substitutivos assistenciais, dentre esses: os serviços da Atenção Primária à Saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência; Residências terapêuticas e leitos de Urgência e Emergência em Hospitais Gerais (BRASIL, 2002).

Estudo que analisou o índice de cobertura assistencial da RAPS entre 2008-2017, evidenciou um aumento, em nível nacional, no número dos serviços que constituem essa rede, ampliando de 891 em 2008, para 4.405 serviços em 2017. No entanto, os autores ressaltaram que 65% dos municípios de pequeno porte, que correspondem a maioria dos municípios do Brasil, apresentavam classificação de RAPS Inexistente ou Baixa, comprovando que a implantação dos serviços substitutivos nesses municípios ocorre de maneira restrita (FERNANDES *et al.*, 2020).

Com a aprovação do projeto, iniciou-se, ainda no mesmo ano, a busca do local onde seria implantado o CAPS. Essa etapa foi desafiadora, pois as edificações escolhidas não eram aprovadas pela vigilância sanitária. Entretanto, no ano de 2018, foi liberado o espaço de uma creche que se apresentou como o espaço ideal para o CAPS. Assim, a secretaria de saúde solicitou a relocação do imóvel da secretaria de educação.

Após a concessão municipal, foi realizada a visita de um engenheiro para que fossem avaliadas quais seriam as modificações necessárias para que o espaço atendesse às exigências

da vigilância sanitária, conforme o regulamento técnico da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 50 de 2002. Com as adaptações necessárias realizadas, em 2019 o espaço obteve a aprovação da vigilância sanitária.

A RDC n° 50 de 2002 dispõe acerca do regulamento técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em todo território nacional, na área pública e privada. Por meio desta RDC são aprovadas as construções de novos estabelecimentos assistenciais de saúde, assim como a ampliação e reforma de estabelecimentos assistenciais de saúde já existentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo Vasconcellos (2008), além de atender as normas da vigilância sanitária, a edificação dos CAPS deve apoiar-se na sensação de acolhimento e de subjetivação que o espaço venha a proporcionar aos usuários. O espaço físico torna-se, desta maneira, um operador potente na assistência e na formação de vínculo subjetivo com o serviço.

Em complementação, destaca-se que os projetos de construção dos serviços especializados em saúde mental devem ser adequados às realidades locais, aos contextos socioculturais e ao número previsto de profissionais das equipes e de usuários, familiares e pessoas das redes de apoio BRASIL (2013). A locação dos CAPS em locais próximos aos centros comerciais e desprovidos de matrizes institucionais, faz com que a interação com o território flua de forma mais rica, mantendo os usuários próximos à cotidianidade de uma residência qualquer (VASCONCELLOS, 2008).

Para o início do funcionamento do serviço foi realizado um processo seletivo para profissionais para o serviço, dentre esses: enfermeiro; assistente social; psicólogo; técnico de enfermagem; artesãos; motorista; segurança e administrativo. Assim sendo, em agosto de 2019 o CAPS foi inaugurado, mas sem atendimento ao público, pois ainda faltava a contratação do médico psiquiatra. A contratação do especialista, foi um processo difícil, visto que não se encontrava um profissional que aceitasse as condições salariais que o município oferecia.

O cargo de coordenadora do CAPS foi assumido por uma enfermeira que atuava em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, sem especialização em saúde mental. Nesse período inicial de abertura, foi realizada a organização estrutural do serviço. A coordenadora e a enfermeira do CAPS, que tem especialização em saúde mental, estruturaram

os instrumentos que seriam utilizados para registros dos atendimentos, e em conjunto com a equipe planejaram os fluxos de atendimento e o cronograma de trabalho.

Finalmente, em outubro de 2019, após um diagnóstico situacional de saúde mental realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e da realização de capacitações para os profissionais recém contratados para atuar no CAPS, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), deu-se início aos atendimentos aos usuários da saúde mental.

A triagem inicial para definir quais eram os usuários com transtornos mentais graves e persistentes, que necessitavam dos cuidados ofertados pelo CAPS, foi realizada a partir do diagnóstico de saúde mental.

Conforme descrito, o processo para a implantação do CAPS no município de Carmópolis de Minas perdurou por seis anos e apesar da aprovação da CIB e do MS, o serviço ainda não obteve aprovação para receber os repasses financeiros do governo federal para sua manutenção. Sendo assim, os custos mensais são arcados pela entidade municipal.

Diante ao exposto, percebe-se que a cobertura assistencial e a distribuição dos CAPS ainda estão aquém do ideal, principalmente em municípios de menor porte populacional. Associado a isso, tem-se a falta de incentivo do governo federal para a implantação da Rede de Saúde Mental, principalmente para os municípios em que os recursos financeiros são mais limitados.

Para dificultar ainda mais o fomento do cuidado psicossocial em saúde mental, o Ministério da Saúde lançou, em 2017, a Portaria n° 3.588 que deu nova formatação ao componente hospitalar da RAPS, podendo os leitos de retaguarda serem também em hospital psiquiátrico. Fernandes e colaboradores (2020) ao fazer uma análise crítica dessa portaria, apontaram o retrocesso ao ideário da reforma psiquiátrica que tem como premissa a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos com a implantação do cuidado em rede comunitária.

Seguindo nessa lógica de desmonte das conquistas da Reforma Psiquiátrica, em 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica n°11, denominada de Nova Saúde Mental. Essa nota tem por objetivo, como citou Fernandes *et al.* (2020, p.3): “reordenação do caráter “substitutivo” para a ideia de rede “complementar””, com a ampliação de leitos psiquiátricos e de comunidades terapêuticas; investimento na terapia de eletroconvulsoterapia e permissão de práticas de internação de

jovens como forma de tratamento de dependência química em serviços especializados de álcool e drogas.

Portanto, perante o posicionamento do atual Poder Executivo brasileiro, em relação à Política de Saúde Mental, fica evidente que os municípios enfrentarão, cada vez mais, dificuldades para implementar os serviços especializados de saúde mental. Ademais, pode-se dizer que, com o redirecionamento do cuidado em saúde mental para a lógica hospitalar, os municípios terão mais dificuldades para obter os recursos para o financiamento da rede psicossocial.

6.2 Dimensão Estrutura do CAPS Dona Dinica

Esta subseção abordará a dimensão de Estrutura que, segundo Donabedian (2003), destina-se identificar se a estrutura física e os recursos humanos, materiais e tecnológicos estão sendo empregados de forma adequada para alcançar os resultados das intervenções de cuidado, desenvolvidas no serviço.

Nessa avaliação de Estrutura do CAPS, foram utilizados como parâmetros: Portaria nº 336 de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002); Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010); manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento (BRASIL, 2013) e o Manual Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial (BRASIL, 2004).

O CAPS Dona Dinica é um serviço de modalidade I que fica localizado em um bairro próximo ao centro do município de Carmópolis de Minas, sendo um facilitador para o acesso dos usuários. É um serviço porta aberta, que funciona de segunda-feira a sexta-feira, com atendimento das 07h às 16h. O termo “porta aberta”, refere-se a garantia da livre circulação dos indivíduos com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos da comunidade onde está inserido (BRASIL, 2001).

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS. Os serviços de modalidade I são aqueles com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e devem funcionar no período de 08 às 18 horas, com dois turnos, durante os dias úteis da semana (BRASIL, 2002).

Segundo Jesus e Coelho (2015), não obstante a modalidade do CAPS, estes serviços são projetados para o atendimento ambulatorial, aberto e diário. No CAPS em estudo, observa-se

uma adaptação em relação ao horário de funcionamento, com um total de nove horas diárias, o qual não atendeu ao preconizado pela legislação que seriam dez horas por dia (BRASIL, 2002). No entanto, por estar localizado em um município pequeno, em que os recursos financeiros são mais escassos, optar por um turno de trabalho de nove horas, sendo uma hora de almoço, foi a solução encontrada para que o serviço pudesse ser implantado com financiamento municipal.

A estrutura física do CAPS Dona Dinica é térrea e horizontalizada, assemelhando-se a uma casa com duas edificações, interligadas pela área de lazer. Encontra-se em terreno próprio e situa-se em frente a uma das seis Unidades Básicas de Saúde do município. O espaço, onde antes era uma creche, foi reformado sofrendo adaptações para atender às demandas do serviço. Apesar de estar localizado em uma pequena rua e ter características que remetem à simplicidade, o CAPS se destaca por sua pintura preservada e boa conservação (FIGURA 5).

Figura 5 - Entrada do CAPS Dona Dinica.



Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo a Portaria nº 336 de 2002, os CAPS somente podem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar, com uma equipe técnica própria (BRASIL, 2002). Esse espaço deve ser adequado para atender as demandas específicas da saúde mental, oferecendo um ambiente acolhedor e estruturado, com os recursos físicos necessários (MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004).

Diferindo do CAPS deste estudo, que possui sede própria, um estudo realizado em Goiânia, apontou que nenhum dos cinco CAPS avaliados funcionava em construção própria, portanto, a estrutura física desses serviços não era projetada e construída para esse fim, o que impactava no processo de trabalho (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Em complementação, um estudo que avaliou os CAPS da região sul do Brasil, também revelou que os serviços funcionavam em edifícios improvisados, sem uma estrutura física específica que fosse capaz de atender às demandas do próprio serviço, assim como as dos profissionais, usuários e familiares (KANTORSKI, 2012).

Assim, diante dessas colocações, observa-se que a estrutura física de um serviço impacta no processo de trabalho ali desenvolvido. Segundo Silva e Lima (2017), os CAPS necessitam de uma estrutura capaz de atender às demandas da rede psicossocial visto que são serviços que atuam como porta de entrada na Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, o fato da casa, onde fica localizado o CAPS Dona Dinica, pertencer a secretária de saúde municipal e, ter sido reformado para atender as demandas do serviço, é um diferencial positivo quando comparado às realidades de outros serviços de saúde de diferentes regiões do Brasil.

No momento da coleta de dados, a estrutura física do CAPS Dona Dinica era composta por uma sala de recepção, situada na entrada do serviço; um posto de Enfermagem; uma sala de medicação; uma sala de observação, com dois leitos para urgência; quatro consultórios para atendimento individual; uma sala para atividades grupais; uma sala para a administração; seis banheiros; uma cozinha; um refeitório; um espaço de lazer coberto; uma área de horticultura; uma lavanderia e um expurgo.

Conforme o Manual de Estrutura Física do Ministério da Saúde, a estrutura física dos CAPS de modalidade I deve conter, no mínimo, uma recepção; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; um espaço de convivência; dois banheiros para usuários com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência; uma sala de aplicação de medicamentos; um quarto coletivo com duas acomodações individuais; uma sala administrativa; uma sala de reunião; um almoxarifado; uma sala para arquivo; uma copa; uma cozinha; banheiro com vestiário para funcionários; um depósito de material de limpeza (DML); abrigo de resíduos e uma área externa de convivência (BRASIL, 2013).

Perante o recorrido, pode-se dizer que o CAPS contemplava quase que a totalidade dos ambientes descritos no Manual de Estrutura Física dos CAPS (BRASIL, 2013), exceto pela falta de uma sala de reunião, de uma sala exclusiva para armazenamento dos arquivos e de um almoxarifado. Para uma melhor avaliação da estrutura física, nos próximos parágrafos será abordado uma descrição mais específica de cada ambiente do serviço.

Inicia-se pela recepção a avaliação dos espaços que compõem a estrutura física do CAPS Dona Dinica. Situada na porta de entrada do serviço, o ambiente era amplo, bem iluminado e fazia conexão com um hall para acesso ao refeitório e aos consultórios. Apresentava-se como um ambiente organizado, com algumas cadeiras de espera, um armário para arquivamento de prontuários e uma mesa para a profissional técnica-administrativa, que recepcionava quem chegava ao serviço. É por esse local que passam todas as pessoas que adentram o serviço. Durante as entrevistas, percebeu-se que em nenhum momento a recepção ficava sem a presença de algum profissional para recepcionar.

Conforme documento do Ministério da Saúde, a recepção do CAPS deve ser compreendida como espaço de acolhimento, por ser o local onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou familiares com a unidade. Diferente de uma sala, trata-se de espaço acolhedor e acessível, com cadeiras para comportar as pessoas que chegam à unidade e mesa para a recepção (BRASIL, 2013). No CAPS Dona Dinica, os funcionários eram cordiais e receptivos. Nas visitas realizadas ao serviço, observou-se que o espaço da recepção era utilizado como sala de espera pelas famílias que aguardavam seus familiares em atendimento.

Segundo Silva e colaboradores (2020), existem diversas barreiras, tais como, a dificuldade de acesso; a falta de recursos financeiros; dentre outras, que limitam a participação dos usuários, por conta, incluem também os familiares, em participar das atividades oferecidas nos CAPS. Sendo assim, os autores salientam a conveniência em realizar ações de educação em saúde na sala de espera desses serviços.

Diante disso, visto que, no CAPS Dona Dinica, os familiares acompanham os usuários ao serviço, poder-se-ia aproveitar desse momento, em que estão aguardando as consultas, para implementar ações de educação em saúde em grupo. Além de promover saúde, essa ação permite maior interação entre os indivíduos, com troca de experiências, conhecimento e vivências.

As ações de educação em saúde são de extrema importância para a disseminação de informações corretas e válidas, possibilitando a autonomia e o empoderamento do indivíduo e minimizando atitudes errôneas (SILVA, *et al.*, 2020).

Adentrando o serviço, o posto de enfermagem estava localizado em frente à sala de observação e ao lado da sala de medicações, que é aspecto facilitador no atendimento de crises psiquiátricas. Nesse ambiente, eram realizadas as medicações dos usuários atendidos em regime intensivo e semi-intensivo; fazia-se a verificação de dados vitais, dentre outros procedimentos

de Enfermagem. A parede que separava a sala de observação do posto de enfermagem era de acrílico transparente, o que facilitava a interação visual da equipe com os usuários. A sala de medicações era um espaço pequeno, que permanecia sempre trancado e tinha acesso restrito a alguns profissionais. Na porta tinha-se fixado um painel-arquivo, onde ficavam guardadas as fichas de controle medicamentoso dos usuários em permanência-dia.

De acordo com BRASIL (2013), a sala de medicação e o posto de Enfermagem são espaços de trabalho da equipe técnica e é preconizado que esteja localizado próximo a sala de observação. Deve possuir uma bancada para preparo de medicação, uma pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. Esse espaço precisa ser de fácil acesso, possibilitando assim maior interação entre os profissionais que estão na sala e os usuários e familiares.

Diante do exposto, constatou-se que a sala de medicação e o posto de enfermagem atendiam aos critérios estruturais e de localização, descritos no Manual de Estrutura, apesar de não possuir computador. As prescrições medicamentosas no CAPS eram escritas manualmente, pois o serviço ainda não possuía um sistema de prontuário eletrônico.

Em consonância com o CAPS de Carmópolis de Minas, um estudo que avaliou os CAPS da região do médio Paraopeba em Minas Gerais, demonstrou que a maioria dos serviços de saúde mental daquela região possuía farmácia ou dispensário de medicamentos nas dependências dos CAPS, no entanto apenas um CAPS utilizava o prontuário eletrônico (SILVA; LIMA, 2017).

O refeitório do serviço era bem arejado e tinha um corredor aberto ao ar livre que dá acesso ao espaço de lazer, não havendo porta separando o ambiente. Esse ambiente tinha duas mesas retangulares compridas com cadeiras dispostas; um bebedouro com três saídas de água e um *dispenser* de copo descartável; um painel com o cardápio das refeições da semana e a porta que dá acesso à cozinha. Em uma de suas paredes estavam fixadas diversas pinturas realizadas pelos usuários do serviço, o que trazia certa alegria e colorido ao local e simbolizava uma apropriação subjetiva do espaço pelos usuários.

O refeitório deve permanecer aberto durante todo o horário de funcionamento do CAPS, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Sugere-se que o espaço tenha uma mesa grande ou mesas pequenas ordenadas e organizadas de forma a propiciar um local adequado e agradável para as refeições, assim como para momentos de convivência (BRASIL, 2013).

No CAPS Dona Dinica, percebeu-se que o ambiente do refeitório não se limitava ao momento das refeições, mas era utilizado pelos usuários, assim como pelos profissionais, como um lugar de encontro e conversas informais, em diversos momentos durante o funcionamento do serviço. Nesse sentido, pode-se dizer que a utilização do espaço está de acordo ao preconizado nas normativas para o funcionamento do CAPS.

A cozinha é pequena, com espaço limitado, mas possui geladeira; fogão industrial; *freezer*; bancada com pia e uma mesa de apoio. Ao longo do dia eram oferecidas quatro refeições: café da manhã; lanche da manhã (fruta ou vitamina); almoço e lanche da tarde. Segundo a coordenadora, o cardápio era montado pela nutricionista da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a preocupação de atender as especificidades nutricionais dos usuários.

Durante as entrevistas os profissionais referiram que as refeições servidas eram fartas e diversificadas e que os usuários apreciavam. Além disso, mencionaram também a preocupação do serviço em oferecer refeições de qualidade, conforme apreensível nas falas a seguir:

P4: “A cozinha funciona de forma adequada, para proporcionarmos uma alimentação regular e saborosa.”

P2: “A cozinha daqui [CAPS] é maravilhosa! As refeições servidas aqui [CAPS] são ótimas”.

P1: “Quanto à alimentação, é excelente. Às vezes até brincamos que os pacientes estão em um hotel 5 estrelas, pois é muito boa. Oferecemos até seis refeições por dia: café da manhã, frutas, suco, almoço, lanche da tarde”.

A copa e a cozinha são ambientes para a manipulação de alimentos, assim como para realização de ações coletivas com os usuários. O serviço deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o projeto terapêutico individual de cada usuário (BRASIL, 2013). Em relação às refeições, a Portaria nº 336 de 2002 menciona que os usuários assistidos em um turno, de quatro horas, devem receber uma refeição diária e os assistidos em dois turnos, duas refeições diárias (BRASIL, 2002).

Ante o exposto, observa-se que, além de possuir um cardápio que atendia às dietas para diabético, hipertenso, entre outras restrições alimentares dos usuários, o CAPS Dona Dinica oferece um número de refeições superior ao preconizado pela legislação. Estudo realizado nos CAPS da cidade de Goiânia revelou que todos os serviços serviam café, lanche da manhã e

almoço, todavia, salientaram que apenas um dos serviços possuía cardápio específico para portadores de hipertensão e diabetes CLEMENTINO *et al.* (2016).

Além das doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, ao planejar a dieta de uma pessoa com transtornos psiquiátricos, deve-se levar em consideração o uso frequente de psicofármacos. De acordo com Moreira; Bosi (2019), essas medicações podem causar efeitos colaterais no organismo, dentre eles: o aumento do apetite; sialosquiose e gastralgia. Sendo assim, as refeições precisam ser adequadas para a manutenção de um bom estado nutricional.

Em complementação, Cozer e Gouvêa (2014) referem que as refeições servidas nos CAPS devem ser voltadas às necessidades de seus usuários. Visto que nos CAPS I são atendidos também usuários de álcool e drogas, deve ser priorizada uma alimentação equilibrada, contendo todos os nutrientes necessários, para auxiliar no tratamento medicamentoso, bem como minimizar os danos ao organismo causados pelo uso das substâncias psicoativas.

Para além da oferta de refeições adequadas, o refeitório deve ser visto como um espaço para promoção de saúde, em que se discuta hábitos para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, além de trabalhar a autonomia do usuário a fazer suas escolhas alimentares.

O espaço de lazer do CAPS era um extenso e largo corredor, tendo ao fundo uma horta, único espaço verde de toda a locação; à esquerda do corredor ficam localizadas uma sala de atendimento coletivo, duas salas de atendimento individual e, por último, a sala da coordenação. Naquele espaço eram realizados os eventos e algumas atividades de esportes.

A área era coberta com um telhado translúcido, para facilitar o trânsito local durante o período chuvoso, permitindo uma boa iluminação. Entretanto, segundo informado pelos profissionais, o material do telhado retinha calor, principalmente naquele espaço, aquecendo o ambiente nos dias mais quentes. Para minimizar o problema descrito acima, a coordenação do serviço preocupou-se em instalar ventiladores ao longo do espaço e nas salas de atendimento, para melhorar a circulação de ar, todavia não foi suficiente para gerar corrente de ar.

A área externa de convivência deve ser aberta para circulação de pessoas, com espaços para atividades coletivas e individuais, ou apenas uma área arejada onde os usuários, familiares e profissionais possam compartilhar momentos em grupo, idealizado como espaço de conviver. Pode ser um espaço gramado ou uma varanda, o importante é estar de acordo com os contextos socioculturais (BRASIL, 2013).

Com relação ao espaço de lazer propriamente dito, apesar de atender o exposto pela legislação, o mesmo era limitado, por se tratar de um corredor que fazia conexões com diversos ambientes do serviço. Em complementação, durante as entrevistas individuais, uma profissional mencionou que seria um diferencial se a área de lazer tivesse plantas, enfim, fosse um espaço verde. Além disso, o ambiente não possuía bancos e mesas para acomodarem os usuários, familiares e profissionais, sendo assim, o mesmo não era muito utilizado para convivência, a não ser em momentos festivos.

Assim, entendendo que a construção da autonomia e reabilitação psicossocial dos usuários por meio do lazer, arte e cultura é uma das finalidades dos CAPS. Nesse sentido, o espaço de convivência do serviço deveria ser melhor explorado pelos profissionais, para propiciar encontros espontâneos, sem que haja um mediador, e assim fortalecer as relações sociais, além de melhorar a comunicação e o poder de negociações.

A sala de atividades grupais é um espaço amplo, com boa iluminação e ventilação. Possui uma mesa retangular grande com várias cadeiras; duas poltronas de descanso; armários onde ficam armazenados os materiais para oficinas; um aparelho de som, uma televisão; dois ventiladores de parede e uma pia para lavagem das mãos. De acordo com o exposto pelos profissionais, esse era o ambiente central do CAPS, visto que era onde os usuários em permanência-dia passavam a maior parte do tempo, divididos nas oficinas.

De acordo com BRASIL (2013), as salas de atividades grupais devem dispor de móveis que sejam flexíveis, permitindo mudanças na estética do ambiente para melhor aproveitamento do espaço. Poderá contemplar equipamentos de projeção, televisão; armário para recursos terapêuticos; pia para higienização das mãos e manipulação de materiais diversos.

Perante o descrito na normativa, pode-se dizer que a sala de atividades grupais atendia aos critérios estruturais e de recursos materiais permanentes, sendo um ambiente com tamanho adequado para desenvolver as atividades propostas.

O CAPS não contemplava um espaço exclusivo para reuniões, sendo utilizada a sala de atividades grupais também para as reuniões de equipe e de matriciamento.

Segundo o Manual de Estruturação dos CAPS, os CAPS I devem possuir uma sala para as reuniões de equipe, com usuários e familiares, supervisão clínico-institucional, ações de educação permanente, dentre outras. Além disso, esse espaço deve contemplar uma área para retroprojeção (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, infere-se que a disponibilidade de apenas uma sala ampla poderia ser um fator limitador no processo de trabalho da equipe, pois em horários de reuniões era preciso as atividades coletivas fossem ofertadas em outro espaço dentro do CAPS, tal como o refeitório ou o espaço de lazer, ou não poderiam ser ofertadas naquele momento.

A sala da administração situava-se próxima à horta, na parte posterior do terreno. O ambiente era composto por uma antessala com cadeiras de espera, dois banheiros para funcionário e a sala da coordenadora. A sala dispunha de um aparelho telefônico, um computador com acesso à internet e a única impressora do serviço. Os profissionais tinham livre acesso a esse espaço, podendo utilizar o computador e a impressora, quando necessário. Durante as entrevistas, os profissionais mencionaram as dificuldades enfrentadas com o sinal de internet.

O manual de estrutura física dos CAPS (BRASIL, 2013), descreve apenas que a sala administrativa deve ser um escritório, com mesa, cadeiras e armários. Assim, pode-se dizer que em relação a estrutura a sala atende aos critérios. Quanto à dificuldade de acesso à internet, essa era uma dificuldade presente no município, onde a rede de transmissão da internet era insuficiente.

Nos tempos atuais, em que as tecnologias de informação estão cada vez mais sendo incorporadas na gestão dos processos de trabalho, inclusive para o registro e transmissão de informações de usuários dos serviços de saúde, ter acesso a uma internet de qualidade é muito importante. Nesse sentido, maiores investimentos em tecnologias de informação fazem-se necessário, entretanto não cabe ao CAPS, mas às instâncias superiores de gestão.

Face às condições de estrutura física, no geral percebeu-se que a estrutura do CAPS estava de acordo com as condições mínimas exigidas pelas legislações do Ministério da Saúde. Ademais, na percepção dos profissionais o CAPS tinha uma estrutura física boa e confortável, que atendia às demandas do serviço até aquele momento, conforme apresentado nestes discursos:

P7: “Quanto a estrutura, é muito boa. Tive a oportunidade de visitar outros CAPS, e na minha opinião, não há comparação com o de Carmópolis. Os ambientes são limpos e há espaço para atividades físicas”.

P5: “Tem várias salas para atendimento individual, são quatro salas amplas, tem a sala para oficina e tem um refeitório muito bom. Eu acho que temos uma infraestrutura muito boa”.

P8: “A estrutura é boa. Creio que o CAPS hoje tem capacidade para atender bem os usuários e oferece conforto para tratamento dos usuários e trabalho dos profissionais”.

De acordo com o manual de estrutura física dos CAPS, a infraestrutura e os ambientes dos serviços de saúde são a base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) compreende para além da estrutura física, a ambiência nos serviços de saúde como espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para atenção acolhedora, resolutiva e humana. Conforme descrito em seu artigo 4º, “*toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos*” (BRASIL, 2010).

Em contraste ao preconizado pela política de humanização, estudos apontam que essa não é uma realidade comum aos Centros de Atenção Psicossociais brasileiros. Como exemplo, um estudo realizado em Goiânia, revelou que as estruturas dos CAPS eram precárias, apesar de possuírem número de salas adequadas para a demanda dos atendimentos assim como, acessibilidade para deficientes (CLEMENTINO *et al.*, 2016).

Em complementação, um estudo realizado na região do Médio Paraopeba-MG, verificou que apesar da maioria dos CAPS apresentarem estrutura física adequada. Todavia, a existência de serviços que não apresentavam algumas das estruturas mínimas recomendadas, aliada a outros problemas, como falta de acessibilidade, se apresentavam como problemas maiores (SILVA; LIMA, 2017).

Neste estudo, apesar de os profissionais considerarem a estrutura física do CAPS boa, foram destacadas algumas inadequações, dentre elas, problemas relacionados à acústica das salas, conforme apresentado nos discursos a seguir:

P2: “Existem algumas coisas aqui que precisam ser melhoradas, como a questão do barulho, pois quem passa fora dos consultórios escuta o que está sendo falado”.

P4: “A questão da acústica, as pessoas que podem estar do outro lado do corredor, podem ouvir uma conversa. Vejo isso como uma questão limitadora, principalmente se o usuário está persecutório. Então, é difícil para o mesmo se abrir, contar o que ele está sentindo, se sabe que alguém pode estar escutando”.

P9: “uma das salas de atendimento individual possui a parte de cima aberta. É preciso que essa parte seja fechada por causa do isolamento acústico, pois de fora pode escutar o que está sendo falado lado de dentro”.

Os princípios norteadores da ambiência em saúde consideram que os espaços devem ser confortáveis, com enfoque na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos (gestores,

profissionais e usuários), e precisa valorizar os elementos que interagem com as pessoas, tais como, cor, odor, ventilação, iluminação, etc. Esses espaços devem possibilitar interações entre as pessoas, facilitando o processo de trabalho e favorecendo a otimização de recursos, com um atendimento humanizado e resolutivo (BRASIL, 2010).

A falta de privacidade, devido à acústica ruim das salas, pode inibir os usuários durante as consultas individuais. Assim, adequações nesse sentido são de extrema importância, uma vez que, o CAPS deve ser um ambiente acolhedor, capaz de promover as relações interpessoais. Para tanto, é preciso possuir espaços onde os usuários sintam-se seguros e com garantia de privacidade.

Em complementação, os profissionais mencionaram, também, a falta de um espaço para armazenar os pertences pessoais e o incômodo causado pelo aquecimento do telhado do espaço de lazer.

P2: “O telhado que fizeram aqui, para épocas de chuvas, acaba transformando o CAPS em uma estufa em épocas de calor, pois o ambiente fica muito quente”.

P4: “Sinto falta de um local onde os funcionários possam guardar seus pertences. Não temos um local de referência para os profissionais, não há um cômodo específico, não há um armário para guardar a bolsa quando chegamos no serviço”.

Os serviços de saúde precisam garantir condições mínimas para que os profissionais possam desenvolver seu trabalho com segurança. A estrutura física dos serviços tem influência na satisfação profissional com o local de trabalho. Conforme Oliveira *et. al.*, (2019), ambientes de trabalho com infraestrutura precária contribuem para maiores índices de insatisfação profissional.

Nesse sentido, a necessidade de adequações nos serviços de saúde mental não é algo exclusivo do CAPS Dona Dinica. Em um estudo conduzido nos CAPS de Rio Verde - Goiás, os profissionais também referiram a imprescindibilidade de melhorias estruturais nos serviços de saúde mental daquele município (ARANTES, *et al.*, 2016).

Outrossim, os profissionais relataram que durante a pandemia de Covid-19, o CAPS estava acolhendo, temporariamente, alguns profissionais que foram realocados para ajudar no atendimento online implantado. Informações adicionais relacionadas ao atendimento online serão apresentadas na subseção “Dimensão de Processo do CAPS Dona Dinica”.

Naquele cenário de pandemia, a estrutura apresentou limitações em relação ao número de salas, que eram insuficientes para contemplar os profissionais do CAPS e os profissionais realocados.

P4: “Vejo uma limitação em relação às salas de atendimento. Temos profissionais para realizarem a intervenção, mas não temos salas o suficiente para a realização.

P8: “Com a pandemia, as psicólogas do ambulatório tiveram que vir para o CAPS e o número de salas é limitado. Às vezes ocorre de alguém ficar sem espaço disponível para atendimento. Antes era normal, era bem distribuído, mas depois que as psicólogas foram realocadas, o ambiente ficou meio tumultuado”.

Visto que a insuficiência de consultórios para atendimentos foi vinculada a pandemia, depreende-se que essa limitação possa ser temporária uma vez que o cenário da pandemia pode modificar-se a qualquer momento, podendo os serviços retornarem com os atendimentos presenciais.

Todavia, a incorporação de novos profissionais em um ambiente de trabalho deve ser feita com cautela para não prejudicar os processos de trabalho que estavam sendo desenvolvidos pelos profissionais daquela instituição. Essa preocupação deve ser ainda maior em um momento de pandemia, no qual há maior desgaste emocional ocasionado pelo cenário de incertezas.

Arantes *et al.* (2016), ao avaliarem a satisfação dos profissionais em relação às condições de trabalho nos serviços de saúde mental, demonstraram que a pior avaliação foi em relação ao ambiente e à estrutura física. Os autores referem que um ambiente terapêutico deve ser constituído pela sua estrutura física e pelo ambiente socioemocional da equipe que o compõe.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que, no geral, os profissionais demonstraram estar satisfeitos com a estrutura física do CAPS, apesar de apontadas algumas necessidades de reajustes estruturais, tais como, a acústica das salas de atendimento e um local adequado para armazenamento dos pertences pessoais dos profissionais.

Na avaliação da estrutura pelos familiares, esses expressaram estar satisfeitos com a estrutura física do serviço, conforme demonstrado por essas falas:

F5: “Acho muito bom, muito acolhedor, uma estrutura muito boa. Esperamos que conserve e que melhore cada vez mais. O pessoal é alegre também”.

F1: “Eu acho que aqui [CAPS] é bem confortável”.

Em contrapartida às avaliações positivas apresentadas pelos familiares deste estudo, pesquisas conduzidas por Kantorski *et al.* (2012) e Thiengo *et al.* (2015) apontaram que as famílias estavam insatisfeitas quanto à infraestrutura e aos recursos financeiros empregados nos CAPS avaliados. Para as autoras, estes parâmetros são importantes marcadores valorizados pelas famílias na qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço de saúde mental.

De acordo com Mota e Pegoraro (2018), a família é quem se responsabiliza pela busca do cuidado formal nos serviços de saúde, quando reconhecem o quadro de sofrimento psíquico. Dessa forma, a avaliação na ótica dos familiares faz-se importante, pois as informações fornecidas por eles permitem adequações de maneira a garantir a resolubilidade da assistência prestada nos CAPS. Kantorski *et al.* (2012) referem que a justificativa para se avaliar os serviços de saúde mental, na perspectiva dos familiares, está no papel desempenhado por eles no auxílio ao processo de interação com os profissionais, além de também utilizarem os espaços desses serviços para o cuidado de seu familiar.

Durante a sessão de grupo focal realizada com familiares, esses fizeram comparações da estrutura do CAPS com outros serviços de saúde mental, apontando as diferenças percebidas, como apresentado nos discursos abaixo:

F2: “A estrutura do hospital não tem nada a ver com o CAPS. É incomparável! No hospital é toda aquela confusão, mas aqui [CAPS] é mais casa, entende?”

F5: “O hospital é muito parecido com cadeia. Você vê o quarto, com uma estrutura bem velha [...] No Galba é mais fechado também.

Perante o exposto pelos familiares, é perceptível que o ambiente dos hospitais psiquiátricos é visto de maneira negativa. Ao contrário dos hospitais psiquiátricos, quando o CAPS dispõe de ambientes estruturados e confortáveis, este incentiva a família a apreender que o serviço pode proporcionar ao seu familiar momentos de convivência agradáveis durante o tratamento e reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais (KANTORSKI *et al.*, 2012).

Sendo assim, infere-se que os aspectos estruturais dos serviços de saúde interferem na qualidade das ações que estes desenvolvem. Segundo Vasconcellos (2008), do ponto de vista técnico, a organização espacial apresenta-se como um fator considerável para a realização do trabalho. Se por um lado a ambientação condiciona as práticas, esta pode, ao mesmo tempo, ser um reflexo dos valores e das regras de funcionamento institucional.

Em suma, a análise da estrutura física no CAPS demonstrou que possuir uma estrutura física própria é um diferencial positivo benéfico, pois o ambiente foi planejado para atender às

necessidades de um serviço de saúde mental. Os estudos mostram que a precariedade da estrutura física compromete a efetividade da assistência prestada e afeta os processos de trabalho dos profissionais.

Na avaliação dos recursos materiais para a operacionalização do trabalho, os profissionais apontaram insuficiências em relação a materiais para oficinas e fármacos. No entanto, eles relacionaram essa dificuldade de acesso aos materiais de oficinas às licitações, que por ser um processo burocrático demanda um tempo para a aquisição.

P4: “Às vezes precisamos de material para oficina que é simples, mas as licitações são burocráticas e nos atrapalham de conseguir, como uma tinta guache, um giz de cera. Precisamos de uma licitação para conseguir qualquer material para usarmos aqui nas oficinas.”

P3: “Acerca dos materiais não tem como falar que tem tudo, pois as licitações demoram. Às vezes, não tem tudo que a oficina precisa, mas geralmente nós tentamos adaptar. Por exemplo, se não tem cartolina, mas tem papel cartão, trabalha-se com ele, enfim, com aquilo que se tem.”

A precariedade de recursos é um aspecto compartilhado com praticamente toda a rede assistencial pública brasileira, o que evidencia a existência de uma problemática sistêmica, com a qual a gestão local se depara cotidianamente. Essa escassez é uma realidade vivida no âmbito de todo o SUS e que se agrava ao longo dos anos, como consequência aos ataques e retrocessos de políticas de saúde e sociais.

Como efeito desse cenário, os serviços públicos de saúde sofrem com problemas que vão desde a desvalorização dos recursos humanos (déficit de pessoal e baixa remuneração) à falta de insumos para assistência, passando pela inadequação na estrutura física das unidades de saúde, enfim, precarização em todas as perspectivas (VASCONCELLOS, 2008).

Apesar das dificuldades para obtenção dos materiais, devido ao processo de licitação, os profissionais relataram ter o apoio da Secretaria Municipal de Saúde no financiamento desses recursos. Destaca-se que, no momento do levantamento destes dados, o CAPS ainda não possuía o credenciamento para repasse de recursos financeiro federal. Desta forma, todos os gastos com a implantação e para a manutenção do serviço eram custeados com recursos municipais, como expressam as falas a seguir:

P6: “Às vezes falta algum material na sala de artesanato, mas sempre que há necessidade, solicitamos a reposição para a prefeitura e esta é atendida.”

P9: “Nós temos o suporte da Secretaria Municipal de Saúde. Se precisarmos de alguma coisa levamos até ela e os técnicos dão o maior suporte.”

Pressupõe-se que dispor de recursos como força de trabalho; instalações, equipamentos e materiais para oficinas, dentre outros, permite obter resultados favoráveis à atenção em saúde. Kantorski *et al.*, (2012) mencionam que a escassez de incentivo financeiro dificulta o desenvolvimento de atividades que tem como objetivo desenvolver nos usuários a capacidade de ação e reflexão para a construção de novas subjetividades e de um ambiente de encontro entre os sujeitos envolvidos.

Em relação à dispensação de psicofármacos utilizados pelos usuários da saúde mental assistidos pelo CAPS, no caso do município de Carmópolis de Minas, essa era realizada pela farmácia central. No entanto, os profissionais mencionaram a pouca disponibilidade desses medicamentos e a dificuldade de acesso pelos usuários a medicamentos de alto custo, conforme apresentado pelas falas de alguns profissionais:

P8: “Em relação aos medicamentos, poderia se ter uma melhoria. Às vezes faltam alguns insumos ou medicamentos. Quando o usuário não tem condições de comprar esse medicamento, a Assistente Social entra em ação. Quando o medicamento é muito caro, existe um processo para aquisição.”

P2: “Uma questão que não é exclusiva daqui, mas do SUS, são as medicações “pré-histórica” que temos, o que é péssimo.”

P9: “Quando não tem a medicação na farmácia, pedimos à família para comprar, mas já passamos por situações aqui [CAPS], em que tivemos que comprá-la com dinheiro do nosso próprio bolso, para ajudar o paciente.”

Neste sentido, um estudo que avaliou os CAPS da região do Médio Paraopeba em Minas Gerais, evidenciou que a maioria dos dispensários de medicamentos, dos sete municípios avaliados, possuíam os principais medicamentos da Saúde Mental, de acordo com a lista da OMS. A disponibilidade média desses principais medicamentos era de 11,9 para uma lista de 15 fármacos, sendo esse valor maior que a média nacional (SILVA; LIMA, 2017).

Em Carmópolis de Minas, conforme informado pela coordenadora do CAPS, a farmácia central dispunha de onze medicamentos da saúde mental, dentre eles: Haldol Decanoato; Prometazina; Diazepam; Biperideno; Ácido Valpróico; Clonazepan; Quetiapina; Risperidona; Citalopram; Clozapina e Venlaxina, a maioria deles em diferentes concentrações.

Em comparação ao estudo apresentado, observou-se que a farmácia de Carmópolis de Minas seguia o padrão dos dispensários de medicamentos dos outros municípios de Minas Gerais. Entretanto, apesar deste estudo não ter avaliado o estoque dos medicamentos, infere-se que a pouca disponibilidade mencionada pelos profissionais possa estar relacionada ao baixo estoque, o que gera desabastecimento desses medicamentos.

Em complementação, Silva e Lima (2017), referem que a utilização de protocolos e o uso de mecanismos para controle de estoques, assim como a participação do farmacêutico na etapa de programação, contribua para promover o acesso aos medicamentos.

Em relação aos recursos tecnológicos, a coordenadora informou que o CAPS não dispunha de prontuário eletrônico, pois ainda não tinha obtido a liberação do Ministério da Saúde. No momento da coleta de dados, o serviço possuía apenas um computador instalado em uma das salas de atendimento individual e outro na sala da administração. No entanto, a coordenação informou que a Secretaria Municipal de Saúde já havia entrado com processo de licitação para obtenção de mais computadores e demais aparatos tecnológicos, para a instalação do prontuário eletrônico, assim que houvesse a liberação.

O SUS tem ampliado o uso das tecnologias de Informação em Saúde na gestão dos dados de saúde, por meio da Política de Informação e Informática em Saúde, no entanto, a falta de padronização para obtenção e tratamento dos dados; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet e o déficit de estratégias de financiamento no campo da informação são alguns dificultadores que ainda precisam ser vencidos (BRASIL, 2016).

Diante dessa colocação, percebe-se que não é apenas o município de Carmópolis de Minas que enfrenta dificuldades para implementar as tecnologias de informação nos serviços, o que reforça a necessidade de maiores investimentos para sua ampliação e consolidação.

Sumarizando, os profissionais apontaram que apesar do apoio da gestão municipal, os recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas terapêuticas ainda eram insuficientes. Esta realidade foi corroborada por outros estudos, sendo comumente enfrentada por profissionais que atuam em CAPS, que precisam constantemente se adequar às condições precárias de trabalho. Neste sentido, as readaptações realizadas pelos profissionais frente à escassez de ferramentas adequadas para desenvolver seu trabalho, influencia na satisfação dos mesmos em suas atividades assistenciais na perspectiva psicossocial.

Na caracterização dos profissionais do CAPS Dona Dinica, a equipe é composta por um total de 13 profissionais, sendo esses: enfermeiro; técnico de enfermagem; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico-psiquiatra; artesã; instrutora de cursos livre; funcionária técnica-administrativo; motorista; cozinheira; funcionário de serviços gerais e coordenadora.

A tabela abaixo, apresenta o quantitativo de trabalhadores do CAPS I, segundo as categorias profissionais.

Tabela 1 - Quantitativo de profissionais do Caps Dona Dinica por categoria no ano de 2020.

Equipe	Categoria Profissional	Quantitativo
Técnica	Enfermeiro	1
	Médico-psiquiatra	1
	Assistente social	1
	Psicólogo	1
	Terapeuta Ocupacional	1
	Técnica de Enfermagem	1
	Artesã	1
	Instrutora de cursos livre	1
Apoio	Administrativo	1
	Cozinheira	1
	Serviços Gerais	1
	Motorista	1
Coordenação	Coordenador	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Participaram deste estudo apenas os profissionais da equipe técnica, ou seja, aqueles diretamente ligados à assistência, totalizando oito profissionais e a coordenadora.

O perfil sociodemográfico apresentado a seguir é referente aos nove profissionais, assim sendo, prevaleceu: sexo feminino (n=8); casados (n=7); residentes em Carmópolis de Minas (n= 6) e renda mensal, referente ao trabalho no CAPS, de um a três salários mínimos (n=5). A faixa etária variou entre 31 e 64 anos; quanto ao nível de escolaridade (n=3) ensino superior completo e pós-graduação, respectivamente e a carga horária de trabalho variou entre 18 horas e 40 horas semanais.

No quadro 3 pode-se visualizar, de maneira mais detalhada, os dados sociodemográficos dos participantes.

Quadro 3 - Caracterização sociodemográfica da equipe do CAPS Dona Dinica.

Sexo	Idade	Escolaridade	Carga Horária de trabalho semanal
Feminino	41	Pós-graduação	40h

Feminino	31	Graduação	40h
Feminino	43	Graduação	40h
Feminino	37	Graduação	18h
Feminino	52	Pós-graduação em saúde mental	40h
Masculino	36	Pós-graduação em saúde mental	20h
Feminino	44	Ensino Médio	40h
Feminino	38	Ensino Médio	40h
Feminino	64	Ensino Fundamental	40h

Fonte: elaborado pela autora.

Os profissionais foram contratados por meio de um processo seletivo específico, com exceção da terapeuta ocupacional, que era funcionária estatutária municipal e do médico que foi contratado por indicação.

Com vínculos empregatícios distintos, verificou-se diferentes cargas horárias de trabalho semanal, com profissionais que atuam 40 horas semanais e outros como a terapeuta ocupacional e o psiquiatra, que trabalham 18 horas e 20 horas semanais, respectivamente. Salienta-se que a terapeuta ocupacional não é trabalhadora exclusiva do CAPS, sendo assim essa profissional divide sua carga horária de trabalho de 30 horas semanais, entre o CAPS e o ambulatório geral do município (12 horas).

Segundo BRASIL (2002), a equipe técnica mínima para atuação em CAPS de modalidade I deve ser composta por: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem; técnico administrativo; técnico educacional e artesão.

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, a equipe do CAPS possui o quantitativo de profissionais dentro dos padrões da equipe mínima. No entanto, a carga horária de trabalho do psiquiatra não atende ao requisito de 40 horas semanais para essa categoria profissional. A justificativa apresentada pela coordenadora, para a não contratação de um profissional que atue todos os dias, foi a dificuldade de encontrar médicos dispostos a trabalhar em cidade interiorana, além dos altos salários exigidos, que o município não teria condições de pagar

Segundo Kantorski *et al.*, (2012), o CAPS deve oferecer, além de um espaço de cuidado adequado, quadro de profissionais suficiente e em condições de prestar um cuidado que permita a expressão das subjetividades.

Nesse sentido, a insuficiência de recursos humanos compatíveis com as necessidades do serviço; a rotatividade de profissionais; as longas jornadas de trabalho e a formação deficiente para trabalhar nos serviços de base comunitária foram apontados, por diversos estudos, como fatores que interferem nos processos de trabalho (PINHO; SOUZA; ESPERIDIAO, 2018).

Na análise dos dados sociodemográficos dos profissionais, observou-se a predominância do sexo feminino. Esse é um perfil comumente encontrado nos serviços da área da saúde. Consoante com os resultados deste estudo, Arantes *et al.* (2016) demonstraram uma discrepância de gêneros acentuada entre os profissionais atuantes em serviços de saúde mental, sendo 88,2% dos participantes do gênero feminino. Entretanto, infere-se que a ausência de profissionais do sexo masculino na assistência direta ao usuário possa ser um dificultador para condução de alguns processos de cuidado.

Outro aspecto que se destacou entre os profissionais que compõem a equipe do CAPS foi a falta de qualificação específica em saúde mental, haja vista que apenas a enfermeira, psicóloga e médico possuem formação na área. Corroborando com os resultados deste estudo, uma pesquisa conduzida nos CAPS de Goiânia – GO demonstrou um déficit de profissionais especialistas em saúde mental, incluindo os próprios coordenadores dos serviços (CLEMENTINO *et al.*, 2016). Para Pinho; Souza; Esperidião (2018), a baixa qualificação e a pouca experiência de trabalho em saúde mental podem resultar na incompetência para atender os usuários do serviço, provocando sentimento de frustração e culpa entre os profissionais.

Diante do exposto fica evidente a importância da capacitação técnico-profissional para a prestação de um cuidado que supere o modelo manicomial. Segundo Pinho, Souza e Esperidião (2018), a falta de conhecimento do papel do CAPS se configura como entrave ao avanço da Reforma Psiquiátrica, pois os profissionais precisam acreditar e defender o modelo psicossocial.

A desvalorização salarial dos profissionais foi outro ponto de destaque nessa análise. Consonância com os resultados deste estudo, Arantes *et al.* (2016) também relataram a insatisfação dos profissionais da saúde mental em relação à remuneração. Segundo os autores, o fator salário é um importante indicador de valorização profissional associado à possibilidade

de progressão na carreira, de investimento em capacitação e fornecimento de condições de atuação favoráveis com relação a insumos e instrumentos.

Para Clementino *et al.* (2016), a qualidade das relações e as condições de trabalho, incluindo a estabilidade financeira, caracteriza-se como fundamental para incentivar os profissionais à qualificação, além de favorecer o trabalho em equipe e a criação de vínculo com os usuários. Complementando, Pinho, Souza e Esperidião (2018) desvelaram que os vínculos empregatícios precários e salários insatisfatórios estão presentes em vários serviços de saúde mental do Brasil e são destacados em diversos autores como fatores que desestimulam os profissionais para o trabalho.

Esta realidade demonstra a necessidade de investimento científico e financeiro às equipes de trabalho, para que se sintam motivados e tenham capacidade de aperfeiçoar o cuidado e os processos de trabalho desenvolvidos.

Na avaliação dos recursos humanos, acerca da rotina de trabalho, houve uma divergência de opiniões quanto ao quantitativo de profissionais necessários para atender as demandas do CAPS. Alguns profissionais referiram que o tamanho da equipe era suficiente, como representado nas falas a seguir:

P5: “Eu acho que a equipe é suficiente. Até o momento a demanda não está tão grande assim, então, dá para darmos suporte tranquilo. Não sei futuramente, pode ser que aumente.”

P8: “Atualmente o número de profissionais é adequado para suprir a demanda existente e não há sobrecarga de trabalho.”

Por outro lado, teve profissionais que relataram haver uma demanda grande de saúde mental no município, sendo assim, para conseguir atender essa demanda o CAPS deveria ter uma equipe maior, conforme esboçaram os profissionais:

P4: “Pela demanda que temos hoje, no município, caberiam duas equipes de CAPS. Não para dobrar o número de unidades, mas o número de profissionais. Há uma grande sobrecarga em relação ao volume de pacientes que estão na saúde mental.”

P1: “Por estarmos no início das atividades do CAPS trabalhamos com a equipe mínima, mas se pudesse melhorar, seria melhor se tivéssemos uma terapeuta ocupacional todos os dias, que nos ajudaria muito, assim como ajudaria os pacientes e mais um psicólogo, pois acho que um só é pouco, pois a demanda é grande.”

P5: “Talvez outro psiquiatra, porque às vezes, o médico daqui [CAPS] fica um pouco sobrecarregado.”

A percepção de sobrecarga profissional associada à inadequação no dimensionamento pessoal também foi observada em estudo realizado com profissionais de CAPS de Campina

Grande/Paraíba (CLEMENTINO *et al.*, 2018). No entanto, outros fatores, tais como a organização do trabalho e escassez de materiais, também contribuírem para a sobrecarga

Além disso, os profissionais mencionaram também a falta de um farmacêutico para gerenciar e realizar o controle de dispensa dos medicamentos psiquiátricos, além de atuar no cuidado aos usuários, como evocado por essa profissional:

P1: “Não temos uma farmacêutica no CAPS, então não podemos ter o estoque de muitas medicações aqui [CAPS]. Nós temos a farmacêutica do NASF que nos dá assistência.”

Os CAPS, como instituições de referência para a Saúde Mental no tratamento e atendimento de crises e urgências, têm o uso de medicamentos como uma atividade comum e inerente ao plano terapêutico (SILVA; LIMA, 2017). Conforme o Ministério da Saúde (2002), é função dos CAPS realizar e manter atualizado o cadastramento de todos os usuários que utilizam medicamentos essenciais e excepcionais, para a área de saúde mental, dentro de sua área de abrangência.

Dessa forma, a participação do farmacêutico no CAPS é fundamental, visto que esse profissional atua na disponibilidade dos medicamentos, assim como na sua conservação e controle de qualidade. Além disso, em consonância com os demais profissionais, pode estabelecer estratégias de adesão medicamentosa, atuando diretamente com o usuário do serviço de saúde mental, no acompanhamento e avaliação da utilização de medicamentos e esclarecimento de dúvidas (SILVA; LIMA, 2017).

Todavia, a Portaria n° 336/2002 do Ministério da Saúde, não especifica a contratação do profissional farmacêutico, ficando a cargo da gestão do serviço a decisão da contratação desse profissional. Assim como no CAPS Dona Dinica, Clementino *et al.*, (2016) apontaram que a distribuição de recursos humanos nos CAPS é ainda escassa, sendo raro os serviços que tenham profissionais com outro tipo de formação, tais como fonoaudiólogo, educador físico e farmacêutico.

Perante ao exposto, pode-se dizer que quantitativamente a equipe profissional do CAPS Dona Dinica está em acordo ao preconizado pela Portaria n° 336/2002 do Ministério da Saúde que rege a estrutura do serviço. Entretanto, não foi consenso entre os profissionais do serviço que o dimensionamento pessoal fosse suficiente para atender as demandas de saúde mental do município, com destaque ao psiquiatra. Salientou-se também a importância de os coordenadores

montarem uma equipe multiprofissional que atenda as demandas do serviço, sendo citado a necessidade de um profissional farmacêutico para o controle e dispensação dos psicofármacos.

6.3 Dimensão Processo de trabalho do CAPS Dona Dinica

Dando continuidade ao processo avaliativo, esta subseção enfoca na dimensão de Processo do CAPS Dona Dinica, que aborda acerca de como as práticas assistenciais eram prestadas pelos profissionais do serviço. Para uma melhor organização desta subseção optou-se por apresentar os resultados e discussão em subseções relacionando as práticas assistenciais aos atores que as realizavam.

Primeiramente, os dados apresentados referem-se as práticas assistenciais desempenhadas pela equipe do CAPS anteriormente à pandemia de Covid-19. Em seguida, serão apresentadas as adequações no processo de trabalho do CAPS, durante a mesma.

6.3.1 Caracterização do processo de trabalho e atuação da equipe multiprofissional

O CAPS Dona Dinica funcionava de segunda à sexta-feira, com diferentes regimes de atendimentos, sendo esses: tratamento intensivo, também chamado de acolhimento diurno; tratamento semi-intensivo e não intensivo. Segundo informado pela coordenadora, o CAPS atendia, em média, cento e vinte usuários por mês, com média diária de vinte e um atendimentos.

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002 os CAPS I devem atender em acolhimento diurno, uma média de 20 usuários, tendo como limite máximo 30 usuários por dia (BRASIL, 2002). Sendo assim, depreende-se que o CAPS Dona Dinica atende um quantitativo diário de usuários dentro do esperado para o serviço.

Para facilitar o acesso, o CAPS fornecia aos usuários em acolhimento diurno, um transporte, próprio do serviço, que realizava o deslocamento dos usuários dos domicílios até o CAPS e vice-versa. Para a organização desse processo, o serviço disponibilizava escalas semanais com o endereço dos usuários e com os dias que frequentavam ao CAPS. O motorista com a colaboração da técnica de enfermagem, buscavam os usuários em suas residências diariamente, a partir das 7 horas.

De acordo com o manual do CAPS de 2004, quando um usuário da rede de saúde mental não tem condições de acesso ao serviço, o CAPS precisa dispor de atendimento domiciliar e deve articular-se com os demais serviços da rede para que esse usuário seja acompanhado (BRASIL, 2004). Assim, quanto mais próximo o CAPS estiver do território onde residem os usuários, mais fácil será esse processo.

Em se tratando de serviços especializados de saúde mental, isto deve ser cuidadosamente pensado, haja vista que as pessoas portadoras de transtornos mentais são, muitas vezes, dependentes econômica e emocionalmente dos familiares, o que pode limitar a capacidade de deslocamento e, como consequência, pode dificultar o acesso ao tratamento.

Segundo, Costa *et al.*, (2015), a acessibilidade pode ser definida pela condição de utilização dos serviços de saúde diante de barreiras geográfica, financeira, estrutural e organizacional.

Nesse sentido, quando o gestor público de saúde se preocupa com a acessibilidade, disponibilizando um meio de transporte, reforça seu compromisso com os usuários. Em Carmópolis de Minas o CAPS está localizado em área urbana, central, à frente de uma unidade de saúde da APS e, mesmo sendo um município pequeno, esse possui uma extensa área rural e grande desigualdade social, que podem ser dificultadores ao acesso ao serviço.

Antes da pandemia de Covid-19 o serviço atendia 15 usuários em acolhimento diurno, chamado no serviço de permanência-dia, os quais frequentavam o serviço entre três e quatro vezes por semana. Além disso, os profissionais realizavam o acompanhamento dos mesmos com atendimentos semanais ou quinzenal, por meio de consultas individuais. Estavam em tratamento também usuários que recebiam apenas acompanhamento medicamentoso, no entanto, a prescrição do tratamento não era permanente, mudando com frequência ao longo do tratamento, quando a equipe avaliava ser necessário.

Conforme a Portaria nº 336 de 2002, os profissionais do CAPS devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O atendimento intensivo é destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas

não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, pode ter uma frequência menor, em função do quadro clínico (BRASIL, 2002). Nesse contexto, percebe-se que o serviço fornecia atendimento em conformidade às legislações que regulamentam o seu funcionamento.

Todavia, em relação aos usuários acompanhados em regime não intensivo, por apresentarem estabilidade psíquica, espera-se que o serviço realize não apenas o acompanhamento farmacológico desses usuários, mas que sejam acolhidos em sua integralidade. Ademais, esses devem estar inseridos em atividades da unidade da APS, ou seja, ter seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhado entre esses dois componentes da RAPS, sendo o mesmo norteado pela equipe do CAPS.

O CAPS como um serviço de referência de tratamento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, deve ser capaz de articular com os serviços da Atenção Primária à Saúde, de modo a garantir que os usuários sejam acompanhados por essas equipes, com adesão ao tratamento, evitando assim, recaídas em seu quadro psíquico. Essa articulação deve inclusive constar no PTS desses usuários para legitimar esse acompanhamento (BRASIL, 2002).

O processo de trabalho no CAPS Dona Dinica era dividido em acolhimento; oferta de atividades em grupo e oficinas terapêuticas; atendimento individual com o técnico de referência; consulta com psiquiatra e psicóloga e acompanhamento por meio de visitas domiciliares. A organização dessas práticas assistenciais oferecidas pelo serviço foi estabelecida pela coordenação do CAPS, em conjunto com a equipe técnica, na época em que o serviço foi implantado, seguindo a legislação vigente.

A seguir será apresentado o quadro 4, que descreve a jornada de trabalho dos profissionais da equipe técnica do serviço, ou seja, aqueles que atuam diretamente na assistência ao usuário.

Segundo a Portaria n° 336 de 2002, a equipe técnica do CAPS corresponde aos profissionais tanto com ensino superior quanto de ensino médio, com diferentes formações, sendo esses: médico com formação em saúde mental; enfermeiro; profissionais das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo e os profissionais de nível médio, tais como, o técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Quadro 4 - Representação da jornada de trabalho dos profissionais da equipe técnica do CAPS Dona Dinica.

EQUIPE TÉCNICA	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA - FEIRA
ENFERMEIRA	VD	OFT	Acolhimento	Acolhimento	Acolhimento
MÉDICO				Atendimento individual	Atendimento individual
ASSISTENTE SOCIAL	OFT	Acolhimento	VD	Acolhimento	Atendimento individual
TERAPEUTA OCUPACIONAL		Atendimento individual			OFT
PSICÓLOGA	Acolhimento	VD	OFT	Atendimento individual	Atendimento individual
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	Sinais Vitais Medicação	Sinais Vitais Medicação	Sinais Vitais Medicação	Sinais Vitais Medicação	Sinais Vitais Medicação
OFICINEIRA	OFT	OFT	OFT	OFT	OFT
AUXILIAR DE CURSOS LIVRE	OFT	OFT	OFT	OFT	OFT

Fonte: Elaborado pela autora com dados fornecido pelo CAPS.

Legenda: VD = visita domiciliar; OFT = oficinas terapêuticas.

Ao analisar o quadro 4, vê-se que a divisão de trabalho foi realizada de modo a garantir a presença de pelo menos um profissional com ensino superior em todas as atividades oferecidas no serviço. A coordenação das oficinas terapêuticas, as visitas domiciliares e o acolhimento eram divididos entre: enfermeira; assistente social; psicóloga e terapeuta ocupacional.

Por possuir uma equipe técnica mínima, o cronograma de atividades do serviço precisa ser configurado de modo a que os profissionais desempenhem satisfatoriamente as práticas assistenciais propostas. Para tanto, a equipe precisa ser coesa e resolutiva para garantir a produtividade do serviço.

Quando a portaria n° 336 de 2002 propõe a composição mínima da equipe interdisciplinar para os CAPS, entende-se que o quantitativo de profissionais seja suficiente para atender as demandas de cuidado do serviço. Nesse sentido, espera-se que a equipe junto com a coordenação local, organize os processos de trabalho, de modo a ofertar ao seu público

alvo, as práticas assistenciais previstas nas normativas para esta modalidade de dispositivo de saúde.

Na divisão do trabalho, os profissionais que atuam como técnicos de referência aos usuários são apenas a enfermeira, a psicóloga e a assistente social. A terapeuta ocupacional foi inserida no quadro de profissionais do CAPS a partir de janeiro de 2020. Conforme apresentado anteriormente, nos resultados acerca dos recursos humanos, na subseção “Dimensão de estrutura do CAPS”, essa profissional atua no serviço com carga horária de trabalho de apenas 12 horas semanais.

Sendo assim, a equipe optou por não incluir a terapeuta ocupacional e o psiquiatra, como técnicos de referência, por acreditarem que o vínculo com esses profissionais é prejudicado por não estarem no serviço diariamente. Desde então, a terapeuta ocupacional assumiu a avaliação psicomotora de todos os usuários em regime de tratamento intensivo e o acompanhamento das oficinas terapêuticas às sextas-feiras.

A enfermeira, além de participar da escala de trabalho com os demais profissionais e de desempenhar sua função como técnico de referência, também era responsável por algumas atividades administrativas e pela articulação intersetorial com outros serviços, como evidenciado neste discurso:

P1: “A Enfermagem trabalha muito porque tem a questão das medicações, aferição dos sinais vitais e orientação acerca da higienização. A Enfermagem tem muitas responsabilidades, que não são só as questões da saúde mental, mas inclui agendamento para consulta odontológica; consulta clínica; exames gerais, como por exemplo, mamografia para as mulheres. Tem que ter essa visão holística do usuário. Se ele está precisando de agendar alguma consulta que não seja da saúde mental ou acompanhar para fazer exames, precisa ser feito. Assim, a rotina da Enfermagem é bem árdua.”

A perspectiva do cuidado presente no discurso do profissional demonstrou uma visão ampliada em busca da superação do modelo manicomial, que considerava como secundário aspectos que estão para além do adoecimento psíquico.

Consoante com os dados apresentados pela profissional, um estudo acerca da atuação do enfermeiro nos CAPS do sul do Brasil, também referiu que o enfermeiro desempenhava diversas funções, dentre essas: supervisão da medicação; cuidado com a higiene pessoal, acompanhamento em consultas, atividades de acolhimento, atenção individualizada e em grupo, visitas domiciliares, participação em atividade de lazer/socialização, além de atividades burocráticas (KANTORSKI, 2010). Diante do exposto, percebe-se que a rotina árdua da

Enfermagem, referida pela profissional, é uma realidade presente também em outros serviços de saúde mental.

O mesmo estudo apontou que os enfermeiros vêm resignificando sua atuação dentro dos serviços de atenção psicossocial, desenvolvendo um trabalho com um olhar ampliado para as necessidades dos usuários, que vai além de cuidar dos aspectos psíquicos, mas atento também para os aspectos físicos e às dificuldades sociais, familiares e econômicas, superando, desse modo, o modelo asilar (KANTORSKI, 2010).

Em relação ao psiquiatra, o aspecto que se destacou no processo de trabalho foi a presença do profissional apenas duas vezes por semana na unidade. O psiquiatra atendia às quintas-feiras, no horário de 08h às 19h e às sextas-feiras de 08h às 13h. Diante dessa carga horária de trabalho semanal, infere-se a existência de uma demanda acumulada de atendimentos nesses dias, como explicitado no discurso a seguir:

P9: “Na quinta-feira o médico atende uma média de vinte usuários. Na sexta-feira o dia dele é corrido, porque só trabalha no período da manhã. Se o médico viesse todos os dias, o trabalho seria totalmente diferenciado, mas temos muita dificuldade de contratação, porque os psiquiatras pedem valores altíssimos.”

Observa-se que a escala de trabalho reduzida do médico tinha impacto negativo nas práticas assistenciais do serviço, pois a concentração dos atendimentos em poucos dias da semana implicava na limitação dos casos a serem atendidos. Ademais, observou-se que os usuários preferiam procurar o CAPS nos dias em que o médico estava presente. Sendo assim, nas quintas-feiras, havia uma maior procura de atendimentos, em especial por demanda espontânea.

A situação descrita acima salienta a tendência da população a associar a oferta do cuidado à presença do médico no serviço. Essa visão do cuidado centrada no papel do médico é compartilhada também pelos profissionais do CAPS, que reforçam a necessidade da presença do médico no serviço. Nesse sentido, pode-se inferir que ainda é incipiente o reconhecimento, pelos profissionais e comunidade, das práticas psicossociais para o acompanhamento dos usuários.

Corroborando com os resultados deste estudo, CREMESP (2010), ao realizar uma pesquisa avaliativa em 85 CAPS do Estado de São Paulo, constatou que menos da metade dos serviços cumpriam as exigências da portaria nº 336 de 2002 do ministério da saúde. Os autores afirmaram que a incompletude das equipes em 70% dos CAPS pesquisados e a ausência de

psiquiatras em um terço dos serviços diurnos eram consideradas um dos problemas que comprometia a implantação da Política Nacional de Saúde Mental naquele estado.

Nessa perspectiva, Silva e Lima (2017a) referem que a falta, ainda que temporária, do médico psiquiatra em um CAPS I pode prejudicar as ações do serviço, impedindo evolução das práticas assistenciais; a realização de atendimentos de urgência e o acolhimento de novos usuários.

Com relação a psicóloga e a assistente social do CAPS, ambas atuavam como técnicos de referência, coordenando oficinas terapêuticas e com horários específicos para realizar atendimentos individuais.

A técnica de enfermagem desempenhava as funções técnicas da Enfermagem, como a aferição de sinais; administração de medicamentos; organização do posto de enfermagem e da sala de observação. Além disso, realizava visitas domiciliares junto com os demais profissionais da equipe. Em atuação conjunta com a enfermeira, era responsável também por realizar o controle das prescrições medicamentosas dos usuários em regime de tratamento não intensivo.

6.3.2 Práticas assistenciais desenvolvidas no CAPS Dona Dinica

O enfoque serão as práticas assistenciais do CAPS, para tanto os resultados serão apresentados subdivididos em tópicos, em consonância com a normatização do Ministério da Saúde, Portaria n° 336 de 2002, que rege as práticas assistenciais dos serviços substitutivos de saúde mental.

Acolhimento

O acolhimento acontecia todos os dias, durante o horário de funcionamento do serviço. Os usuários e familiares que chegavam ao CAPS, seja aqueles que vinham por encaminhamento da Atenção Primária à Saúde (APS) ou por demandas espontâneas, eram encaminhados ao profissional escalado para o acolhimento, conforme enunciado pelos profissionais:

P1: “Alguns dias da semana eu estou no acolhimento e durante esse dia eu acolho todas os usuários que comparecem no CAPS, mesma que sejam encaminhados pela Atenção Primária ou por demanda espontânea, então, para todo usuário que chega aqui no CAPS a gente realiza o acolhimento.”

P9: “O acolhimento será feito pelo profissional de referência do dia escalado. Aí esse profissional irá explicar para o paciente a respeito dos procedimentos, como funciona o serviço, e se houver necessidade marcará uma consulta.”

A partir da fala acima percebe-se que o acolhimento operava como a porta de entrada do CAPS, com um espaço de escuta e também de orientação acerca do funcionamento do serviço. Em consonância, Camatta e Schneider (2009) consideram que o acolhimento deve ser visto como uma estratégia de acesso da comunidade ao CAPS, pois esse é o primeiro contato dos usuários com a equipe, momento que se inicia o vínculo terapêutico e de confiança.

Nessa perspectiva, o acolhimento deve ser visto como uma ferramenta de intervenção que tem como principal característica a atitude de inclusão, por meio da disponibilidade em escutar as necessidades que estão relacionadas a um contexto de vida e a circunstância vivenciada pelo usuário e sua família (PINHO, 2018). Posto isso, o acolhimento reafirma a legitimidade do usuário e familiares que buscam o serviço, além disso, visa reconhecer as demandas, estabelecer um vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, quando esse se faz necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Durante o acolhimento, o profissional preenchia um formulário específico, desenvolvido pela coordenação do CAPS, onde eram registrados dados pessoais, de procedência, da situação de vivência atual, contato dos responsáveis, situação socioeconômica, histórico de tratamentos progresso e quadro clínico atual. A partir desse histórico, era definida a conduta apropriada para o caso, como explicado pelos profissionais:

P3: “Através do acolhimento que nós avaliamos se esse usuário é caso para passar pelo psiquiatra ou pela psicologia, ou se é um caso que entre o trabalho do serviço social, como algum benefício tipo LOAS, que é um benefício da prestação continuada, ou qualquer outro tipo de demanda, como marcar perícia, relatórios judiciais.”

P4: “Nessa avaliação inicial nós conseguimos identificar os interesses que cada usuário tem, o que gostam de fazer, para a construção do projeto terapêutico individual.”

Nos discursos apresentados, verifica-se que os profissionais utilizavam o acolhimento como uma estratégia para identificar as necessidades do usuário. Segundo Moreira (2018), na avaliação inicial do caso, além de identificar os sintomas do transtorno mental, devem ser identificados os fatores de risco (variáveis associadas ao desenvolvimento da psicopatologia ou para resultados negativos no desenvolvimento) e os fatores de proteção (recursos pessoais ou sociais que minimizam o impacto do risco) presentes na história e no contexto sociocultural atual do sujeito e de sua família. As equipes de saúde mental devem entender que é por meio desse contato que se dá a criação de vínculo, compromisso e credibilidade mútua entre os envolvidos (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009)

Apesar da equipe do CAPS compreender a função do acolhimento, observou-se que havia uma dificuldade no delineamento da conduta terapêutica, sendo escolhido, como preferência, o agendamento com o psiquiatra da unidade, conforme observado nesses discursos:

P5: “Quando o usuário chega ele é acolhido, nós olhamos a gravidade do transtorno e, dependendo, o usuário passa pelo psiquiatra que faz a avaliação. O médico maneja quando necessário. Quando ele vê que o usuário está estável, ele encaminha para a Atenção Primária e o clínico faz o acompanhamento.”

P3: “No acolhimento cada caso é um caso. Por exemplo, tem casos em que eu já marco a consulta com o psiquiatra de forma direta e dou o telefone do serviço, para ligarem caso algo ocorra.”

Pode-se inferir que essa conduta, centrada no médico, possa estar relacionada a pouca experiência dos profissionais com a área da saúde mental, o que gerava insegurança para a condução dos casos sem que houvesse a avaliação de um especialista. Conforme apresentado no tópico Dimensão de Estrutura do CAPS Dona Dinica, apenas uma profissional, com exceção do médico, tinha especialização em saúde mental. Essa profissional tinha uma visão mais ampliada do cuidado em saúde mental, indo em contramão aos demais profissionais. Outrossim, atrelado a isso, tinha-se o fato de ser um serviço recém implantado, que estava construindo seu processo de trabalho.

De acordo com Pinho (2018), essa valorização do saber médico em detrimento dos demais saberes, se deve ao fato do acesso à equipe multiprofissional depender de um encaminhamento médico, mantendo a dependência da consulta psiquiátrica para o desenvolvimento das demais práticas assistenciais, lógica remanescente do saber psiquiátrico, centrado no médico. Tal circunstância corrobora para as filas de espera e medicalização da assistência, sendo considerado um dos grandes obstáculos da Reforma Psiquiátrica.

Em consonância com os resultados deste estudo, Rinald e Costa Bursztyn (2008) afirmam que a hegemonia médica ainda se sobressai no cotidiano dos CAPS, devido à supervalorização das intervenções de controle de sinais e sintomas com uso de psicotrópicos, por parte da equipe. Os autores ainda referiram que a dependência do saber médico é perceptível nos relatos das dificuldades enfrentadas no trabalho clínico quando a ausência dos psiquiatras nos serviços, o que evidencia a importância do saber médico no imaginário de todos aqueles envolvidos nas atividades dos CAPS.

Se os demais profissionais da equipe técnica possuem competências específicas à área de saúde mental e acreditam no saber acumulado em sua formação, graduação e pós-graduação, são bem sucedidos na clínica ampliada, em que as tecnologias leves e abordagens

psicoterapêuticas se constituem ferramentas potentes para intervir na subjetividade dos usuários.

Segundo Moreira (2018), para romper com essa lógica biomédica, o profissional que acolhe deve ter habilidades técnicas e apropriar-se acerca do funcionamento do serviço e da Rede de Atenção à Saúde, para que seja capaz de realizar uma avaliação psicossocial que se projete para além da identificação de sintomas, que vislumbre ações e articulações concernentes às demandas apresentadas pelo usuário e seus familiares.

Em complementação, o profissional ao acolher precisa ter uma postura ética que pressupõe desconstruções de ordem moral, das significações elaboradas em torno das pessoas com transtorno mental e ou de usuários de álcool e outras drogas, visto que no CAPS I, ambos os públicos devem ser atendidos (MOREIRA, 2018).

Acolhimento diurno

No acolhimento diurno, chamado no serviço de permanência-dia, era ofertado aos usuários: atividades em grupo; oficinas terapêuticas; atendimentos individuais; administração de medicamentos de horário e as refeições diárias (café da manhã, fruta, almoço e lanche da tarde).

As oficinas terapêuticas aconteciam diariamente e eram sempre conduzidas por um técnico com ensino superior com a artesã e/ou da instrutora de cursos livres. Em alguns momentos, a técnica de enfermagem também auxiliava na condução das atividades.

Nas entrevistas, os profissionais referiram que os usuários não tinham participação ativa na definição do cronograma de atividades, que era construído semanalmente. No entanto, os mesmos referiram que os usuários tinham autonomia para escolher as oficinas que gostariam de participar, conforme explicitado nos discursos:

P7: “É montado um cronograma com as atividades da semana, pela coordenação e os próprios usuários dizem se querem ou não participar das atividades, mas os usuários não participam dessa organização. Não montamos apenas atividades que um usuário específico tem preferência, tentamos atender a todos.”

P4: “Já teve uma proposta de trabalhar com argila, na época chegaram a trazer a argila para a oficina, mas os usuários olharam para aquela argila no momento da oficina e falaram “não gosto de argila”, então eles tiveram autonomia para não escolher trabalhar com a argila.”

Para Pinho (2018), os serviços que atuam com uma estrutura rígida no planejamento das oficinas e das estratégias de tratamento, em que somente a equipe técnica é responsável por esse planejar, invalidam a capacidade dos usuários de pensarem seus cotidianos, de refletirem acerca do próprio tratamento e de conduzirem suas escolhas.

As temáticas das oficinas eram estabelecidas nas reuniões de equipe, levando em consideração as habilidades do técnico de nível superior que conduzia a oficina e as preferências demonstradas pelos usuários. Dentre as oficinas oferecidas no serviço, tinha-se: oficina de artes; oficinas de tapeçaria; oficina de reciclagem; oficinas de música e dança; oficina de beleza e autocuidado e rodas de conversa. Além dessas oficinas, os profissionais retrataram uma tentativa de implementar oficina geradora de renda, mas devido às dificuldades psicomotoras dos usuários optaram por não prosseguir, como explicitou a profissional:

P6: “Nós tentamos realizar alguns artesanatos mais elaborados com a finalidade de gerar renda, mas eles [USUÁRIOS] não conseguiram acompanhar. Então preferimos trabalhar com aquilo que os usuários conseguem acompanhar, para que eles se sintam capazes de realizar aquela tarefa. Não é qualquer arte que será comprada, então não trabalhamos com essa opção, pelo menos neste momento.”

Em cada serviço, as oficinas são desenvolvidas de modo particular, com diferentes dinâmicas de trabalho. No CAPS Dona Dinica observou-se que as oficinas têm um caráter mais voltado para o exercício da cidadania, com atividades voltadas para confecção de artesanatos, tapeçaria e reciclagem. Além de ser trabalhado o uso de expressão artísticas, por meio da dança e da música.

Segundo BRASIL (2004), as oficinas são as principais formas de tratamento nos CAPS. Essas atividades podem ser definidas a partir das necessidades dos usuários e das disponibilidades de técnicos, podendo ser coordenada por mais de um profissional, e tem como objetivo promover a integração social e familiar, a expressão dos sentimentos e dificuldades, além de desenvolver habilidades pessoais e laborais e o exercício da cidadania.

Para Martinhago e Oliveira (2012), as oficinas são uma estratégia que tem entre outras finalidades a troca de experiências e a formação de vínculos; aspectos fundamentais para a ressocialização e a reabilitação social. Em complementação, essas devem ser consideradas espaços terapêuticos, onde se trabalha a criatividade, concentração, até mesmo as ansiedades dos usuários.

A justificativa apresentada pelos profissionais, para a não oferta da oficina geradora de renda, não coaduna com o preconizado, visto que, poderia ser proposto oficinas de baixo grau

de dificuldade psicomotora, tais como: oficina de pães e bolos, que demandam menor habilidade psicomotora. Ademais, os profissionais não devem oferecer atividades a partir da habilidade de quem oferta, mas da necessidade de quem as usufrui.

Dessa forma, destaca-se que no CAPS há escassez de oficinas, principalmente com enfoque na educação em saúde tal como: autoconhecimento; à integração dos familiares ao tratamento; discussão de questões relacionadas à medicação e à doença, entre outras temáticas possíveis.

Segundo Pinho (2018), as oficinas devem se configurar como oportunidades de aprendizagem de técnicas artesanais e de arte que, posteriormente, podem ser utilizadas como atividades geradoras de renda.

As oficinas geradoras de renda ajudam a desenvolver as relações sociais de trabalho, além disso, podem proporcionar aos usuários autonomia social, pois permitem melhoria da capacidade de contratualidade, poder de negociação e o estabelecimento de vínculos satisfatórios.

Na lógica da reabilitação psicossocial, a RAPS preconiza a inserção dos usuários no trabalho, a partir de iniciativas de geração de trabalho e cooperativas sociais, objetivando alcançar melhores níveis de qualidade de vida e condições mais concretas de cidadania, contratualidade e inclusão social (BRASIL, 2002).

No manual Saúde Mental no SUS (2004), as oficinas geradoras de renda são referidas como instrumento de geração de renda por meio do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário, podendo ser de: costura; marcenaria; fabricação de artesanatos; culinária; entre outros.

De acordo com Araújo e Soares (2018), a inserção dos usuários da saúde mental ao mercado de trabalho é um desafio. Em uma sociedade capitalista onde há grande competitividade, com diminuição dos direitos sociais e com a precarização do trabalho, as pessoas com transtorno mental e que fazem uso problemático de álcool e outras drogas têm dificuldades para acessar o mercado formal de trabalho, seja por apresentarem algumas limitações ou por causa de estigmas e/ou preconceitos.

Nessa lógica, o fato de o serviço não oferecer nenhum tipo de oficina geradora de renda pode ser visto como uma fragilidade que precisa ser trabalhada pela equipe, em parceria com os usuários e familiares, para que sua implementação seja possível.

Além das oficinas supracitadas, o CAPS Dona Dinica oferecia também atividades coletivas de educação física, duas vezes por semana, em parceria com o educador físico da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Durante as entrevistas, os profissionais referiram diversas tentativas para que os usuários fossem inseridos no grupo de atividade física ofertado pela APS, no entanto, a logística de deslocamento foi um dificultador, como mencionado:

P1: “No início tentamos levá-los para participarem do grupo de atividades físicas da Atenção Primária, mas não deu muito certo locomover até esses grupos. Tínhamos dificuldades, pois mudavam muito o local dos grupos.”

A parceria NASF e CAPS configura o estabelecimento de práticas intersetoriais. A partir da fala do profissional, percebe-se que os profissionais atuam na perspectiva do cuidado transversal ao buscar interação com os demais serviços da Rede de saúde do município, na tentativa de proporcionar um cuidado integral.

Segundo Tãno e Matsukura (2019), a intersetorialidade é o espaço de diálogo e concepção de alternativas para os problemas elencados, a partir dos diferentes sujeitos envolvidos nos quais, distintos interesses, perspectivas e valores são colocados em jogo.

Dessa forma, o comprometimento das equipes de saúde, pelas políticas sociais e pela comunidade se vertem no exercício cotidiano da corresponsabilização pelo cuidado, pela construção de projetos de vida e pela garantia dos direitos. Essa, por sua vez, contribui para o aumento de relações transversais que possam oferecer chances para a produção de reflexões, articulações e estratégias coletivas (TÃNO; MATSUKURA, 2019).

Seguindo nessa lógica intersetorial, o CAPS desenvolvia também atividades extramuros em espaços da comunidade tais como, praças e quadra poliesportiva, além de idas a eventos públicos comemorativos abertos à comunidade, como apresentado por esses profissionais:

P4: “Antes da pandemia tinham atividades fora do CAPS, tinha caminhada, passeio, tinha trabalho que era feito junto com o NASF como atividade física, passeios junto com o pessoal do CRAS. Às vezes, uma peça que estava sendo promovida no carnaval.”

P7: “Realizamos alguns passeios na praça de esportes que fica próxima ao CAPS, praticamos atividades como jogar bola ou peteca e muitos usuários gostam dessas atividades. Outros já preferem jogar cartas ou montar um quebra-cabeças, e fazemos com que cada um se sintam bem.”

De acordo com Brasil (2004), os CAPS, devem ofertar atividades comunitárias, seja em parceria com instituições existentes na comunidade ou promovendo a participação dos usuários

em festas comunitárias; caminhadas coletivas; dentre outros eventos, com o objetivo de reinserção social e integração entre serviço e comunidade.

Ao utilizarem dessa prática, os profissionais estão contribuindo para a redução da dependência exclusiva dos usuários aos serviços de saúde, pela ativação de recursos exteriores a eles. Segundo Camatta; Schneider (2009) a comunidade pode ser uma fonte de recursos, materiais e humanos e, utilizar-se de todos os espaços sociais para desenvolver um trabalho junto à família é fundamental para a promoção de um cuidado integral.

Visitas Domiciliares

Com relação às visitas domiciliares, essas eram realizadas semanalmente pelos técnicos de referência, em horários predeterminados, conforme explicado pela profissional:

P3: “Temos um dia de visita domiciliar para cada microrregião. Nesse dia eu tiro só para ir na casa das pessoas que são da minha região, mas isso não quer dizer que eu não intervenho em outras regiões. Temos casos em que a pessoa se identifica mais comigo, aí realizamos uma visita domiciliar para essa pessoa, por questões de afinidade com o profissional.”

Conforme a Portaria nº 336 de 2002, a visita domiciliar faz parte das práticas de cuidado designadas às equipes dos CAPS (BRASIL, 2002). Os CAPS, ao desenvolverem um cuidado territorializado, devem extrapolar os muros institucionais, assim como a compreensão de território como abrangência geográfica, incorporando a noção de território em constante processo de mudança, que se constitui como produto das relações sociais, que se realiza enquanto um espaço social, de experiências e subjetivações (MORAIS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, a visita domiciliar apresenta-se como tecnologia capaz de promover a articulação da equipe com o usuário, a família e o território. Destarte, caracteriza-se como um dispositivo de intervenção que induz a interação entre sujeitos, favorecendo o reconhecimento da realidade de vida da população (MORAIS *et al.*, 2019).

Na organização das visitas domiciliares, todos os usuários de cada microrregião deveriam ser visitados ao menos, uma vez por mês. A frequência e prioridade das visitas eram determinadas pela gravidade do caso, porém, critérios tais como, a involuntariedade do usuário para realizar o tratamento no CAPS e a necessidade de identificar a influência do ambiente familiar, no processo de adoecimento, também eram considerados.

P2: “Existem vários critérios para as visitas domiciliares, às vezes, é devido à gravidade do caso ou da involuntariedade do paciente. Geralmente, a visita domiciliar possui a função de estabelecer um vínculo. Vamos para analisar a situação, observar

se é possível estabelecer um vínculo, para daqui algum tempo realizarmos uma consulta no CAPS.”

P4: “Outras questões que permeiam o atendimento domiciliar é quando identificamos que existem problemas ambientais que influenciam no adoecimento do usuário. Então nós precisamos ir *in loco* para avaliar esse usuário, o ambiente físico onde ele vive, o ambiente familiar.”

Os profissionais devem compreender o território como espaço para intervenções psicossociais que vão para além de sua dimensão física, considerando a dinâmica política e social. Ao conhecer os recursos existentes no território há maior possibilidade de utilizá-los nas práticas de cuidado, incluindo-os no desenvolvimento dos projetos terapêuticos.

Pinho *et al.* (2018) designam a visita domiciliar como uma tecnologia de cuidado que tende a fortalecer vínculos e construir laços entre sujeitos, serviços e sociedade. Além disso, é considerada como uma importante ferramenta terapêutica, visto que permite à equipe compreender a dinâmica familiar e a forma de inserção do usuário na família, além de oferecer apoio às famílias, valorizando-as na condução do tratamento, podendo ainda intermediar melhor os conflitos entre eles.

Além do acompanhamento domiciliar dos usuários em tratamento intensivo e semi-intensivo, a equipe realizava também visitas domiciliares compartilhadas com as equipes da APS, quando solicitado, ou em casos de resposta a ofícios judiciais, conforme mencionado:

P5: “Já fizemos várias visitas domiciliares compartilhadas, principalmente quando chega um ofício do conselho tutelar ou do fórum, nesses casos fazemos visitas com a equipe da ESF. Também fazemos quando a ESF solicita alguma visita para dar suporte psicológico”.

Nas situações em que surge esse tipo de demanda, a coordenação e os técnicos com ensino superior precisavam reajustar a escala de trabalho para incluir essas demandas, de modo a interferir o mínimo possível nas demais atividades do serviço. Infere-se que esses reajustes no processo de trabalho podem ser dificultados nos serviços que trabalham com uma equipe mínima, o que pode gerar uma sobrecarga de trabalho.

Segundo Brasil (2004), o apoio matricial às equipes da atenção básica faz parte das práticas assistenciais do CAPS. Sendo assim, o serviço deve buscar uma integração permanente fornecendo orientação e supervisão, além de responder conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares compartilhadas e atender casos complexos por solicitação da atenção primária à saúde.

Nesse sentido, tem-se o reconhecimento do território como espaço de desenvolvimento de interações e de práticas de cuidado em rede, no qual o usuário tem garantia de acesso aos serviços de saúde (MORAIS *et al.*, 2019).

Portanto, a visita domiciliar compartilhada permite instituir mediações entre o CAPS, os serviços de saúde do território e os sujeitos, na concepção de uma clínica orientada à construção da integralidade e da intersetorialidade, com vistas à produção de novos modos de exercer a cidadania, mediante estratégias que promovam a emancipação e o empoderamento dos envolvidos na condução de seus projetos de vida (MORAIS *et al.*, 2019).

Adiante será dado enfoque aos processos de trabalho que não estão relacionadas à assistência direta ao usuário, mas que são processos de trabalho fundamentais para o estabelecimento da Atenção Psicossocial dentro dos CAPS.

Técnico de Referência

No CAPS Dona Dinica, o papel de técnico de referência era realizado pelos profissionais com ensino superior. A designação dos usuários por técnico foi realizada pela divisão do município em microrregião. Portanto, nessa divisão a enfermeira era a técnica de referência responsável pelos usuários residentes na região do centro da cidade, a psicóloga era responsável pelos usuários da zona rural e a assistente social assumia a referência dos usuários que residiam na microrregião periférica ao centro.

A divisão por microrregiões foi proposta pela coordenação do CAPS, no momento da implantação do serviço, sendo acatada pela equipe. No entanto, durante as entrevistas foi evidenciado que não houve um consenso, por parte da equipe em relação a essa divisão, conforme apresentado nesse discurso:

P1: “A referência técnica é definida por microrregião. Para definir isso teve uma discussão no início da implantação do CAPS, que até não concordei muito, mas não chegamos a um acordo e funciona assim até hoje. Acho que é algo que precisa mudar, pois o CAPS tem pouco mais de um ano de funcionamento, e precisamos adequar aquilo que achamos que não está dando certo.”

O técnico de referência, introduzido pela reforma psiquiátrica, para auxiliar na condução dos PTS, é uma função envolta de dúvidas acerca da melhor maneira de exercê-la, pois os profissionais que a desempenham não se limitam aos fundamentos de uma formação profissional específica, mas a proposta de uma prática multidisciplinar. Em alguns serviços, a

função do técnico de referência tem assumido um papel clínico importante ao quebrar o paradigma do saber médico como única referência, possibilitando, a construção de novos modos de operar a clínica (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

Os autores destacaram ainda a importância do técnico de referência na condução do trabalho clínico, principalmente quando atrelado à formação de vínculo entre técnicos e usuários (RINALDI; BURSZTYN, 2008). Nesta lógica, o papel do técnico de referência não é apenas o de recepcionar o usuário que chega ao serviço, mas é o de acompanhar efetivamente o desenvolvimento do PTS.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, o vínculo é o alicerce fundamental na relação entre equipe, usuário e família, para o desenvolvimento de práticas que respeite o indivíduo portador de transtorno mental, incluindo-a como ator de sua vida e de seu tratamento (KANTORSKI, 2012). Quando se estabelece o vínculo, a assistência se torna mais sensível, com uma melhor compreensão das fragilidades e, assim, construindo intervenções terapêuticas individuais, que respeite a especificidade de cada ser (KANTORSKI, 2012).

Diante da importância do vínculo, quando o CAPS determina um técnico de referência para cada microrregião, delimitam-se as relações sociais entre usuários e profissionais. Na prática, o vínculo é construído por meio da afinidade, da confiança e do respeito. Apesar do profissional não mencionar o motivo de não concordar com a divisão do referenciamento técnico, infere-se que a não concordância esteja relacionada a uma visão ampliada, uma vez que este profissional possui especialização em saúde mental.

Alguns estudos reiteram ser mais vantajoso quando o serviço faz a opção por uma equipe de técnicos de referência, ao invés de um único profissional, pois evita a centralização do caso em apenas uma pessoa, permitindo uma atuação interdisciplinar na condução dos casos e uma divisão de responsabilidades. Além disso, mencionam que a equipe contribui para que os usuários ampliem seus laços afetivos (PINHO, 2018). Entretanto, vale questionar se um serviço que atua com uma equipe mínima teria como implementar uma equipe de técnicos de referência sem comprometer seu processo de trabalho.

No CAPS Dona Dinica, apesar da equipe de técnicos com ensino superior ser composta por cinco profissionais, a função de técnico de referência era desempenhada por apenas três destes profissionais. Portanto, com esse quantitativo de profissionais depreende-se ser inviável

que o encaminhamento técnico fosse desempenhado em equipe. Nessa situação, a alternativa mais exequível para a efetivação do trabalho interdisciplinar seriam as reuniões de matriciamento, processo esse que será discutido mais à frente.

Apesar do técnico de referência assumir um papel cada vez mais importante dentro dos CAPS, este estudo evidenciou que a ausência do psiquiatra, em alguns dias da semana, tinha implicações importantes no processo de trabalho como, por exemplo, o atendimento às crises psiquiátricas, como mencionado por essa profissional:

P9: “Nos dias que não tínhamos o médico e teve uma urgência, eu fui no Centro de Saúde, que fica aqui na frente do CAPS. Nós temos um feedback excelente com a médica de lá. A médica, com prontidão, atendeu essa usuária para nós. Se ela tiver dúvida ela entra em contato com o médico psiquiatra do CAPS e ele faz a avaliação com ela por telefone.”

Por meio do discurso apresentado percebe-se que perante situações de crise psiquiátrica, na ausência do psiquiatra, o CAPS dependia do médico de outro serviço de saúde para auxiliar no atendimento, em algumas situações, até que o usuário fosse transferido ao hospital geral do município. Assim, depreende-se que a equipe multiprofissional do serviço tinha dificuldades para manejar as crises psíquicas dos usuários.

A justificativa possível para a dependência da equipe à atuação do profissional médico no manejo da crise, pode estar correlacionada a pouca experiência da equipe com a área da saúde mental, reforçado por uma questão cultural de reconhecer o médico como o prescritor do cuidado. Conforme mencionado em outros momentos dessa dissertação, a equipe era formada, em sua maioria, por profissionais sem especialização em saúde mental e sem experiências prévias de trabalho nessa área.

No modelo substitutivo lidar com usuários em crise tornou-se o principal desafio. De acordo com, Lima; Bezerra (2014), a atenção à crise mostra-se como um dos problemas de mais difícil manejo para os profissionais nos diferentes pontos da RAPS. Nesse sentido, a formação permanente deve ser considerada como uma ferramenta para empoderar os profissionais e desenvolver habilidades para o atendimento às crises. O CAPS, como serviço de referência à urgência psiquiátrica, deve ser capaz de garantir o acolhimento às situações de crise de modo efetivo.

Sendo assim, para além da contratação de um psiquiatra, visto que o serviço tem demanda para ter a presença desse profissional diariamente, conforme preconiza a Portaria

nº336 de 2002, sugere-se que sejam priorizadas ações de educação permanente e continuada para que a equipe seja capaz de atuar frente à crise independente do psiquiatra.

Matriciamento

A articulação do CAPS com os recursos de saúde existentes na comunidade é fundamental para a construção de uma rede de atenção à saúde mental de base territorial. Nesse sentido, o matriciamento foi o processo de trabalho que se mostrou articulador nas ações do CAPS e fundamental no apoio a equipe, para a execução de práticas de cuidado ampliado. Durante as entrevistas, os profissionais relataram as potencialidades e dificuldades encontradas nesse processo.

O matriciamento no CAPS Dona Dinica era realizado semanalmente pela equipe do serviço, em articulação com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Toda sexta-feira era convocada uma equipe da APS para discutir os casos de saúde mental. As discussões eram voltadas para sanar dúvidas na condução de casos que eram acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para o contrarreferenciamento de usuários que teriam alta do CAPS.

P9: “O matriciamento ele era realizado semanalmente. Chamávamos as equipes da ESF às sextas-feiras e fazíamos as reuniões com as enfermeiras e os médicos, além da equipe de nível superior completa do CAPS. Tínhamos discussões sobre os casos, o que poderíamos fazer, o psiquiatra explicava o que poderia ser feito e discutia-se a conduta do caso. Com isso, os médicos da ESF foram se juntando a nós. O matriciamento estava dando certo, os profissionais estavam entusiasmados.”

Segundo o Ministério da Saúde, o matriciamento consiste em um arranjo organizacional, que tem por objetivo conferir suporte técnico especializado às equipes que desenvolvem ações básicas de saúde para a população, de modo a produzir saúde em um processo de construção compartilhada (BRASIL, 2003).

O matriciamento em saúde mental surgiu como uma estratégia para apoiar a articulação do serviço especializado em saúde mental com a APS, de modo a realizar um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde (IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Essa estratégia de trabalho interdisciplinar tem por objetivo romper com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados, ampliar a clínica e auxiliar os profissionais a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico.

No discurso explicitado anteriormente, percebe-se que o matriciamento em saúde mental não era apenas um espaço de diálogo entre a equipe do CAPS e as equipes da APS, mas era também um momento de capacitação. Devido a pouca experiência da equipe do CAPS na

área da saúde mental e as dificuldades apresentadas pelos profissionais da APS para conduzir os casos, o psiquiatra utilizava o espaço do matriciamento para capacitar os profissionais, por meio da discussão de casos.

A concepção abordada pelos profissionais coaduna com a conceituação do Ministério da Saúde, a qual é função do matriciamento proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população (BRASIL, 2003).

No CAPS Dona Dinica, segundo informado pelo coordenador do serviço, o médico liderava as reuniões de matriciamento, indicando ter a centralidade do processo de trabalho, nos dias em que estava no serviço, o que é corroborado por Iglesias e Avellar (2019), ao expressarem que é preciso ter cuidado com as relações formativas, em que apenas um profissional transmite o que deve ser realizado pelas equipes, para que não se deixe escapar momentos importantes de vinculação e discussões acerca do cuidado em saúde mental.

Iglesias e Avellar (2019) complementam que o matriciamento não se limita a transmissão de informação, mas os casos trazidos pelas equipes devem ser vistos como uma oportunidade de efetiva problematização para a construção de relações de maior engajamento das equipes e de alternativas viáveis para resolução do caso.

Segundo os autores supracitados, para a efetividade do matriciamento, é preciso mudanças nas relações de trabalho como o modo fragmentado de se operar o cuidado em saúde; da formação em saúde e do modo de produzir cuidado, que ultrapassa o setor saúde. Portanto, para que o matriciamento em saúde mental se concretize é necessário empenho, disponibilidade e estar aberto às mudanças, por parte de todos os profissionais implicados, para a construção de estratégias de cuidado pertinentes ao contexto em questão.

Apesar do matriciamento ser um espaço de diálogo, durante as entrevistas os profissionais referiram que havia certa resistência por parte das equipes da APS em acolher os usuários, nos momentos da contrarreferência desses que apresentavam estabilidade dos sintomas psicóticos, com melhora do quadro clínico e com condições de serem acompanhados na APS. conforme apresentado:

P1: “Na Atenção Primária, os únicos profissionais que acolhem, salvo os profissionais do NASF, são os enfermeiros e os médicos. Algumas dessas contrarreferências acontecem durante discussões de casos. Eu não falo por mim, mas o psiquiatra às vezes

se queixa das dificuldades dos clínicos-gerais. Acho que deveria ocorrer uma capacitação para os clínicos. Quanto a Enfermagem, na atenção primária vejo que acolhem melhor. Mas as enfermeiras se queixam. Elas nos ligam, pedem ajuda. Já recebemos várias ligações das enfermeiras.”

P2: “Os profissionais da Atenção Primária não estavam nada acostumados com o matriciamento. Eu ia começar a dizer vocês vão ter que colher a história direitinho e trazer aqui na reunião. Não existe esse negócio de não sei, e manda direto a psiquiatria, ao CAPS.”

Os discursos apresentados acima corroboram com um estudo realizado em CAPS do Rio de Janeiro, em que se evidenciou as dificuldades dos profissionais da APS na abordagem dos casos de saúde mental, principalmente em situações que envolvem práticas que exigem para além do saber biomédico, sendo associado à falta de conhecimento e formação deficiente. Diante do despreparo para desenvolver práticas em saúde mental, em especial frente aos casos mais graves, os profissionais preferem encaminhar para os serviços especializados da saúde mental (MINOZZO; COSTA, 2013).

Martinhago e Oliveira (2012) referiram que em nove, dos doze CAPS avaliados, em Santa Catarina, os coordenadores relataram que a APS absorvia parte da demanda de usuários com problemas relacionados à saúde mental, entretanto, com algumas dificuldades. Dentre os problemas relatados estavam a estigmatização dos usuários dos CAPS e a falta de preparo dos profissionais da APS para trabalhar com as especificidades desse grupo. Nos outros três CAPS, os coordenadores mencionaram que não havia equipe preparada para atender os usuários do CAPS na Atenção Primária à Saúde dos municípios.

Sendo assim, faz-se ainda indispensável um maior envolvimento de todos os profissionais, para que o matriciamento, de fato, se efetive e possibilite mudanças nas relações de saberes que se convertam em práticas.

Projeto terapêutico Singular (PTS)

Na Atenção Psicossocial, a efetividade do cuidado está pautada na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). No CAPS Dona Dinica, o PTS era construído apenas para os usuários em tratamento intensivo, assim não eram todos os usuários que possuíam um projeto terapêutico, como explicitado na fala do profissional:

P5: “O plano terapêutico singular, na verdade, nós só fizemos, até hoje, dos usuários que estão em permanência-dia. Por que, também, não tem como fazer para todos, são muitos usuários para nós atendermos cada um e fazer o plano terapêutico, não tem como.”

Os casos acolhidos durante a semana eram discutidos nas reuniões de equipe. Durante essas reuniões, os profissionais discutiam caso-a-caso e eram identificadas as principais demandas dos usuários. Após essa discussão em equipe, o PTS era construído pelos técnicos de referência junto com o usuário, em um atendimento individual.

A justificativa apresentada pela equipe para a não construção do PTS para todos os usuários em acompanhamento no serviço foi a alta demanda de encaminhamento de usuários para avaliação. De fato, o serviço era recente e estava em construção do processo de trabalho. Além disso, por ser um serviço novo na comunidade podia apresentar uma alta demanda de avaliações de usuários que talvez não fossem casos para serem acompanhados pelo CAPS. No entanto, a falta de um PTS denota desconhecimento das necessidades de cuidado e um planejamento para atendê-las.

Segundo Brasil (2004), todo usuário ao iniciar o acompanhamento no CAPS deve possuir um projeto terapêutico. O PTS é um instrumento de trabalho para nortear a assistência em saúde mental, com ações que trabalhem incapacidades, necessidades, medos, angústias e sonhos para que a pessoa possa administrar sua vida. A construção desse projeto deve ser realizada pelo profissional técnico de referência junto com o usuário, como estratégia de corresponsabilização e estímulo a sua autonomia, buscando resgatar a cidadania, autoestima e o poder contratual, tendo como base o projeto de vida de cada usuário (PINHO, 2018).

Estudo realizado no Rio de Janeiro, em que foram analisados doze CAPS, revelou que, do total, dez realizavam os projetos terapêuticos para os usuários, os outros dois justificaram que o PTS estava em processo de implementação nos serviços. Esse resultado demonstra a singularidade de cada serviço em suas atuações. No entanto, os autores ressalvam que a existência do PTS e do técnico de referência podem ser considerados como indicativos da qualidade do processo de cuidado, bem como do nível de interação entre os profissionais da equipe (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012).

Na análise dos dados, observou-se que os profissionais do CAPS Dona Dinica não se referiram à participação dos familiares no processo de construção do PTS, apesar de relataram incluir a família no processo de cuidado, conforme apresentado nesta fala:

P3: “Tem que ser um trabalho que tem que ter a família envolvida, principalmente, para saber lidar e entender que nem sempre a internação é a solução.”

Os estudos reforçam que para efetivação do tratamento, é primordial a participação ativa do usuário e sua família nesse processo (MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2012; PINHO, 2018),

afinal a família é a principal promotora de cuidado, suporte e apoio para o familiar em adoecimento mental.

Enquanto parceira no cuidado, é evidente a importância da participação da família no processo de construção do PTS, haja vista que ela pode fornecer informações essenciais e necessárias para esclarecer questões pertinentes ao usuário familiar adoecido e assim, qualificar as intervenções da equipe. Segundo (Matos *et al.*, 2017), as reuniões ou grupos de família são mecanismos importantes para estabelecer vínculo com as famílias e torná-las parte do processo terapêutico do usuário.

Além disso, os encontros com familiares são propícios para instrumentalizar a família para o cuidado, em busca de amenizar a sobrecarga e reestabelecer as relações afetivas e sociais entre as partes envolvidas.

O acompanhamento e reavaliações dos PTS era de responsabilidade dos técnicos de referência e do psiquiatra. Quando o usuário apresentava estabilidade no quadro psicótico, esse caso era discutido entre os profissionais do CAPS e em seguida, com os profissionais da APS, durante o matriciamento, para que o usuário tivesse alta do serviço. Os usuários que não apresentavam progresso no tratamento tinham os PTS reformulados.

Salienta-se que a alta dos usuários era supervisionada pelo CAPS. No discurso da profissional, apresentado a seguir, observa-se que havia uma dificuldade no processo de alta devido ao vínculo estabelecido entre o usuário e o serviço.

P1: “Às vezes acho que permanecemos com usuários que não deveria estar aqui [CAPS]. Temos muita dificuldade com a alta. Temos usuários que estão inseridos na permanência-dia, que vem duas vezes por semana, mas que não tem necessidade de estarem aqui [CAPS]. Poderiam ser encaminhados para a atenção primária, mas não aceitamos, pois gostamos do CAPS, pois nós tratamos bem os pacientes.”

O CAPS é um serviço muito recente para pensar em dar alta aos usuários em acompanhamento. Por atender um público com adoecimento mental grave, o vínculo com o serviço se faz necessário, para preparar esses usuários para a alta. Esse processo demanda tempo, pois é preciso estimular à autonomia e trabalhar a adesão e gestão medicamentosa, caso contrário, esse usuário pode ter um retorno precoce. Além disso, tem-se o fato das equipes da APS do município apresentarem dificuldades para acompanhar esses usuários.

Nessa perspectiva, Costa e colaboradores (2015) citam que o número de altas reduzido pode estar relacionado com o perfil dos usuários, tal como os transtornos mentais severos e

persistentes, que podem demandar maior de cuidado, assim como, a impossibilidade de os usuários do CAPS serem assistidos em ambulatórios de saúde mental ou na APS.

De acordo com Pinho *et al.* (2018), a alta não deve ser compreendida como desassistência, mas como uma transferência de cuidado, articulando com os demais serviços da rede para acompanhar esses usuários que estão estáveis, sem necessidade de atendimento intensivo. A autora destaca a necessidade de demonstrar para os usuários que a alta é uma conquista no processo de reabilitação. Os usuários não devem ser dependentes do CAPS, mas sim sujeitos autônomos e livres.

Durante as entrevistas os profissionais relataram que as altas eram direcionadas e acompanhadas, senão os usuários retornam em crise, pouco tempo depois. Esse é um ponto positivo, pois cria-se uma rede de atenção articulada, com cooperação e envolvimento dos atores sociais, além de coadunar com o princípio de intersectorialidade da RAPS.

Atendimento às famílias

Como mencionado anteriormente, a assistência à família faz parte das práticas assistenciais que devem ser ofertadas nos CAPS, conforme a Portaria n° 336 de 2002. No entanto, durante as entrevistas com os profissionais, percebeu-se que no CAPS Dona Dinica não eram ofertadas intervenções terapêuticas específicas às famílias. Os atendimentos com os familiares aconteciam de maneira individual, com a presença ou não do usuário, e de acordo com a demanda ou necessidade da equipe, como apresentado nessas falas:

P5: “Terapia com a família não temos. Só quando tem a necessidade de conversar com algum familiar para esse estar mais presente ou se é uma questão de casal, eu faço o atendimento do casal. Até foi sugerido, no início, fazer reunião com familiar, mas nós não colocamos em prática ainda. Quando eu converso com o familiar, é individual para falar do usuário.”

P9: “Com familiares, no momento, não tivemos como trabalhar. Iríamos iniciar as atividades com eles, mas aí veio a pandemia. Queríamos realizar grupos com os familiares.”

A partir das falas acima, depreende-se que o atendimento à família não tinha o caráter de fornecer suporte e apoio ao familiar, como preconizado pela Portaria n° 336 de 2002. Os atendimentos abordavam aspectos relacionados à assistência ao usuário.

Neste sentido, segundo Camatta e Schneider (2009), a equipe deve estabelecer vínculo com as famílias para que, em ação conjunta, possam compreender o processo saúde-doença-tratamento do portador de adoecimento psíquico. Para envolver a família nesse processo de cuidado as equipes devem utilizar de estratégias, tais como, atendimento individual, oficinas terapêuticas, assembleia de família e visita domiciliar.

Apesar de não desenvolverem atividades voltadas especificamente para o suporte à família, os profissionais mencionaram incluir a família no cuidado ao usuário, como evocado nos discursos a seguir:

P1: “Tentamos incluir a família o máximo possível no tratamento do usuário. Chamamos para conversar individualmente, com cada familiar, vemos o que ocorreu com o usuário depois da sua inclusão no CAPS, se teve alguma melhora, como está o comportamento desse usuário em casa.”

P7: “Quando há alguma situação relacionada diretamente ao usuário, como um caso mais grave, por exemplo, os parentes costumam vir para uma consulta com o psicólogo, mas não participam das atividades, somente das consultas.”

Diante desses discursos, a partir da fala, depreende-se que a equipe tinha o entendimento da importância da corresponsabilização da família no tratamento, havendo diálogo entre os profissionais e os familiares dos usuários, para tentar entender os resultados da assistência prestada pela equipe na vida do usuário.

Esses momentos de escuta da família podem ser essenciais para levantar as necessidades e dificuldades enfrentadas no convívio com o portador de transtorno mental, e assim, planejar estratégias para minimizar o sofrimento da família e possibilitar uma convivência menos conflituosa. Além de entender se o cuidado ofertado pelo serviço está trazendo mudanças positivas à vida do usuário.

Nesse sentido, um profissional destacou a diferença da orientação familiar, que corresponderia a explicar para os familiares acerca do tratamento, da doença, dos sintomas, entre outros e do atendimento ao familiar, que seria atender às demandas da família, como o não saber lidar com o usuário e a sobrecarga do cuidado. Salientando que a orientação ao familiar era uma prática existente no serviço.

P4: “Existe o atendimento com o familiar, que é quando você separa um horário no dia para fazer o atendimento das questões que estão relacionadas à mãe, ou irmã, ou pai, à pessoa ali, do problema. Existe a orientação familiar que é muito comum na minha prática, porque eu não consigo ver um tratamento efetivo do meu usuário sem ter uma orientação familiar, sem ter uma compreensão da família do que aquele usuário está vivendo.”

A família tem papel fundamental no tratamento do seu familiar em adoecimento psíquico, entretanto, o convívio constitui-se um grande problema para os familiares devido ao desencadeamento de desgaste, tensões e conflitos. No entanto, é preciso cautela com as responsabilidades imputadas aos familiares, visto que há uma carência de suportes institucionais voltada à família, que está pouco preparada para cuidar desse familiar em adoecimento psíquico (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Todavia, os estudos demonstram que um desafio a ser superado é permitir às famílias exercerem seu papel de protagonista, junto aos familiares em adoecimento psíquico e aos profissionais de saúde mental, na consolidação desse novo modelo psicossocial de cuidar em saúde mental.

Reunião de equipe (reavaliação de PTS)

Seguindo, na avaliação dos processos de trabalho desenvolvidos no CAPS, em um serviço de caráter interdisciplinar, as reuniões de equipe são espaços cruciais para se estabelecer a comunicação efetiva e para o desenvolvimento de um trabalho que se configure interdisciplinar.

No CAPS Dona Dinica, a equipe não possuía um cronograma preestabelecido para as reuniões, configurando-se como uma fragilidade, pois essas eram convocadas apenas, quando se tinha necessidade de discutir a respeito da conduta no tratamento dos usuários ou em relação a algum processo de trabalho.

P4: “Aqui [CAPS] nós não temos uma rotina de, por exemplo, ter um planejamento de 15 em 15 dias, ou uma vez por mês, fazemos a reunião de equipe de acordo com a necessidade de fazer uma avaliação dos usuários que estão em tratamento ou de algum caso clínico específico que está tendo uma maior dificuldade.”

P1: “As reuniões de equipe ocorrem quando necessário. Discutimos questões de trabalho, sobre o planejamento do trabalho e discutimos os casos de cada paciente, avaliamos se houve melhora, se houve redução dos delírios, das alucinações, se teve uma melhora naquele quadro depressivo, se está com intenções suicidas ou não.”

Conforme a Portaria 3.088 de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, o trabalho nos CAPS deve ser desenvolvido prioritariamente em espaços coletivos, assim como nas reuniões de equipe (BRASIL, 2011).

Na perspectiva da atenção psicossocial, o trabalho em equipe é considerado uma estratégia fundamental para a mudança de paradigma do cuidado em saúde mental. Diante disso, aconselha-se a horizontalidade nas interações entre os profissionais e a concepção de

espaços que possam subsidiar um processo de trabalho coletivo, capaz de honrar as complexidades do indivíduo e suas dimensões (YASUI, 2016).

As reuniões de equipe realizadas de modo sistemático permitem que seja consolidado um processo de trabalho interdisciplinar, com construção coletiva dos Projeto Terapêutico Singular dos usuários, discutindo as necessidades de cada um e viabilizando as possíveis articulações com o território para um cuidado integral (SANTOS, 2017). Dessa forma, pode ser considerada uma ferramenta valiosa para a gestão do cuidado em saúde mental.

Nas reuniões de equipe do CAPS geralmente participavam os profissionais da equipe técnica, com exceção do psiquiatra, que estava presente apenas quando a discussão envolvia algum processo de trabalho. Dessa maneira, quando os profissionais tinham a necessidade de discutir com o psiquiatra a respeito de algum usuário, eles o faziam de maneira individual, entre os atendimentos do médico.

O fato de o psiquiatra não participar das reuniões de equipe revela um trabalho multiprofissional, compartimentalizado, apesar do profissional se envolver no matriciamento. No contexto do CAPS Dona Dinica, infere-se que tal situação possa estar relacionada a carga horária de trabalho desse profissional, que por estar apenas dois dias da semana na unidade, gera um acúmulo de atendimentos psiquiátricos que impossibilita a participação do profissional em outros processos de trabalho. Entretanto, adiciona-se a lógica médico-centrada, que é uma cultura da psiquiatria e que, muitas vezes, se estende aos serviços comunitários de saúde mental.

Com resultado semelhante a este estudo, Santos *et. al.* (2017), ao avaliar as reuniões de equipe em um CAPS localizado no sul do Brasil, evidenciaram que o trabalho do psiquiatra ocorria de forma isolada, sem a participação em espaços coletivos de trocas, tais como as reuniões de equipe. As justificativas apresentadas no estudo para a não participação do profissional nas reuniões foram: a carga horária de trabalho reduzida; a grande demanda de atendimentos clínicos do médico e o medo de perder o profissional por esse não entender que a participação nas reuniões seja parte do processo de trabalho.

Durante as entrevistas observou-se que apesar do psiquiatra não participar das rotinas de trabalho da equipe, o mesmo tinha um bom relacionamento com a equipe, se mostrando aberto às propostas de cuidado e disposto a discutir os casos clínicos.

De acordo com Santos *et. al.* (2017), a dificuldade em inserir o psiquiatra nas reuniões de equipe é uma realidade encontrada em diversos CAPS e, dessa maneira, acaba por não tomar

conhecimento e acompanhar as práticas terapêuticas desenvolvidas pela equipe. Além disso, o profissional não tem a chance de compartilhar suas experiências, o que poderia contribuir para o crescimento dos demais profissionais.

O psiquiatra também possui papel relevante no cuidado às pessoas em adoecimento psíquico. Desse modo, sua inserção nos espaços de discussão se faz importante para que seja potencializada as condutas terapêuticas no âmbito da equipe.

Quando um profissional trabalha de modo isolado e não em equipe, os demais profissionais podem ter dificuldade para compreenderem a decisão tomada pelo profissional e para incorporá-la no projeto terapêutico do usuário. Essa atitude individualizada contrapõe-se às recomendações da Portaria nº 336 de 2002 e ao Manual do CAPS (BRASIL, 2004), os quais pressupõem práticas assistenciais interdisciplinares, com o envolvimento de todos os profissionais da equipe, cujo consolidação se dá nas relações dos profissionais em espaços coletivos de reflexões e análise das diferentes ideias.

Outro aspecto que se destacou na avaliação da reunião de equipe foi a não inclusão da equipe de apoio. Por mais que não detenham o conhecimento técnico-científico, esses profissionais têm contato constante com os usuários dentro do serviço e, muitas vezes, têm dúvidas acerca do modo de agir em determinadas situações. Nessa perspectiva, as reuniões de equipe são momentos de extrema importância para a equipe do serviço, por promover discussões que resultam em arranjos organizacionais que pautam a realização das atividades, além de ser um momento de compartilhar saberes, ideias, experiências e dúvidas.

Segundo a Portaria nº 3.088 de 2011, os profissionais que compõem a equipe dos CAPS devem ter diferentes formações e integrar uma equipe multiprofissional, sendo esses divididos em dois grupos: a equipe técnica e a equipe de apoio. A equipe técnica é responsável pela organização do acolhimento dos usuários, pelo desenvolvimento dos projetos terapêuticos e trabalho nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhamento dos espaços de convivência do serviço e resolução de problemas. A equipe de apoio, por sua vez, são os profissionais que não participam dos espaços de discussão das atividades (BRASIL, 2011).

Em consonância à participação da equipe de apoio nas reuniões de equipe do CAPS, Santos e colaboradores (2017) referem que esses profissionais são parte importante no cuidado em saúde mental e a participação deles nas mesmas poderia qualificar as ações que já desenvolvem no serviço, ainda que de modo informal, como a escuta e diálogo com os usuários.

O autor acredita que os profissionais da equipe de apoio poderiam também contribuir com informações relevantes acerca dos usuários, o que acrescentaria na elaboração de estratégias de cuidado da equipe.

O trabalho em equipe requer o constante engajamento dos profissionais e a reunião de equipe pode ser uma estratégia inestimável para o encontro destes agentes. Destarte, cabe, aos profissionais, fomentar a proposta desse espaço coletivo, ampliando estratégias de inclusão, fazendo jus à voz e opinião entre todos os envolvidos.

O CAPS, como equipamento de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, deve ser um espaço de referência e acolhida, onde os usuários encontrem apoio para criar uma existência pessoal, situada em uma comunidade com a qual se relacionam de modo singular. O escopo principal da Atenção Psicossocial é trabalhar com pessoas que vivenciam transtornos mentais, no território, de modo a realizar o acompanhamento clínico; promover a reinserção social, com a coparticipação da família e da comunidade.

No geral, os discursos dos trabalhadores revelaram uma prática de cuidado que busca superar as práticas clínicas individuais focadas na patologia, no entanto, o discurso pode seguir nessa lógica, mas a prática é outra. Assim, percebe-se que é preciso uma melhor inserção do profissional médico, assim como, da equipe de apoio, nas atividades da equipe, nas atividades da equipe, como por exemplo, sua inserção nas reuniões de equipe. Outro aspecto que precisa ser melhor trabalhado pela equipe é a inserção efetiva da família no tratamento dos usuários, com a oferta de atividades de suporte e apoio aos familiares.

Analisando as ações realizadas pelo CAPS I do município de Carmópolis de Minas, com base na Portaria n. 336 de 2002, verifica-se que há algumas inconformidades entre as ações oferecidas pelo CAPS e as estabelecidas pela legislação. Como foi demonstrado ao longo desta subseção, algumas práticas assistenciais ainda são parciais, como a limitação das oficinas; falta de atividades com familiares; elaboração do PTS para uma parcela dos usuários; falta de um cronograma para as reuniões de equipe; melhor articulação intersetorial e intrasetorial para a reabilitação psicossocial. Portanto, essas ações precisam ser melhor desenvolvidas pelo serviço.

6.3.3 Adequações no Processo de Trabalho durante a Pandemia de Covid-19

Nesse momento, será apresentado como se deu o processo de trabalho no CAPS Dona Dinica durante a pandemia de Covid-19. Durante as entrevistas, os profissionais expuseram que com a pandemia houve uma interrupção em processos de trabalho que estavam sendo

desempenhados no serviço. Desse modo, serão elencados alguns ajustes no processo de trabalho durante a pandemia, que emergiram na fala dos profissionais.

Com o advento da pandemia de Covid-19, que disseminou-se pelo mundo a partir de fevereiro de 2020, afetando o modo de vida em sociedade, também os processos de trabalho nos serviços de saúde foram afetados, sendo necessário revisar os protocolos de atendimento diante da necessidade de implantar medidas preventivas para garantir um ambiente seguro e mitigar o avanço da contaminação.

Nesse contexto, no CAPS Dona Dinica não foi diferente. Durante as entrevistas, ao avaliarem os processos de trabalho, os profissionais mencionaram os impactos que a pandemia ocasionou no serviço, como apresentado nessas falas:

P9: “Veio em março a pandemia e modificou tudo. Nós recebemos um ofício da RAPS e um do município que nós não poderíamos receber os usuários. Inclusive ficamos quinze dias sem trabalhar, aqui [CAPS] fechado. Depois, nós estávamos sem a permanência-dia, mas continuamos com os atendimentos do médico.”

P6: “A pandemia impactou em tudo. O serviço teve que parar. Eu fui a primeira pessoa a ser afastada, por fazer parte do grupo de risco da Covid-19, devido à idade. E a maioria dos usuários também fazem parte do grupo de risco, também devido às idades. Então ambas as partes tiveram que se afastar, e foi um processo difícil. Além do medo, do pânico causado por essa doença, não sabíamos quando tudo isso iria acabar.”

P4: “A pandemia impactou muito. Nós estávamos construindo o serviço. Os usuários estavam tendo uma recuperação muito boa e de repente teve uma quebra total nesse exercício. Muitas coisas precisaram ser organizadas durante esse processo de pandemia.”

A partir das falas, percebe-se que a pandemia impactou na rotina do serviço, inclusive com a suspensão da maioria das atividades presenciais, tais como, as oficinas terapêuticas e atendimentos individuais, permanecendo apenas com o atendimento presencial com o profissional psiquiatra, entretanto, restrito apenas aos casos mais graves.

Essa realidade foi observada também no funcionamento de outros serviços de saúde em todos os continentes, inclusive no nosso. Em junho de 2020, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) publicou um informe, o qual relatava que os serviços de prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na região das Américas interromperam suas ações por um período superior a um mês, no início da pandemia de Covid-19. O informe ainda afirma que esses serviços ambulatoriais de saúde precisaram reorganizar suas formas de prestação da assistência para retomar as atividades (OPAS, 2020).

Na área da saúde mental, a descontinuidade no cuidado às pessoas com transtornos mentais grave é uma situação preocupante, pois a dificuldade de acesso aos serviços

especializados tem como consequência, acesso reduzido aos psicofármacos e às outras estratégias terapêuticas, o que pode levar a episódios mais frequente de crises psiquiátricas. Como agravante, neste contexto de pandemia, tinha-se ainda as medidas preventivas de isolamento e distanciamento social que contribuíram para gerar sofrimento e fez com que muitas pessoas já adoecidas entrassem em crise, devido às interrupções nas relações interpessoais.

Retomando à produção de cuidado no CAPS, além das atividades desenvolvidas junto aos usuários durante a pandemia foram interrompidas também atividades importantes de organização dos processos de trabalho, tal como as reuniões de matriciamento, como explicitado nessa fala:

P2: “Hoje a contrarreferência presencial com a atenção primária não está acontecendo porque nós não podemos encontrar mais. Os casos muito simples e muito estáveis nós estamos fazendo uma contrarreferência bem escrita, bem detalhada, e uma cópia nós enviamos via malote. Mas isso, só para os casos que a gente sabe que vai chegar na Atenção Primária, e que é mais tranquilo. Eu peço a equipe do CAPS para fazer contato no centro de saúde e dizer que está chegando o usuário.”

A partir dessa fala, depreende-se que a interrupção das reuniões de matriciamento prejudicou a continuidade do cuidado, assim como, as relações intersetoriais da equipe do CAPS com os demais serviços da rede de saúde do município. Com a pausa das reuniões de matriciamento, os profissionais do CAPS optaram por manter o acompanhamento de alguns usuários com diagnósticos graves, apesar deles se encontrarem estáveis em relação aos sintomas da doença.

Infere-se que esse ato de manter o acompanhamento desses usuários pudessem estar associados ao receio de que o encaminhamento não acontecesse de maneira adequada, acarretando em prejuízos ao acompanhamento desses casos. Além disso, tinha-se o risco desses usuários entrarem em crise devido a situação da pandemia.

Nessa perspectiva, o Conselho Nacional de Saúde – CNS publicou, em maio de 2020, a recomendação nº 40, na qual recomendou a inclusão da organização da RAPS nos planos de contingência para a atenção à saúde da população durante a pandemia de Covid-19, em todos os âmbitos de governo, federal, estadual e municipal.

Assim, o documento propunha que fossem criadas estratégias para assegurar aos serviços componentes da RAPS, incluindo os CAPS, condições para a realização de reuniões virtuais intra e intersetoriais; a intensificação dos atendimentos domiciliar; a implantação de

atendimentos virtuais para usuários e seus familiares, entre outros recursos que pudessem contribuir para a manutenção do processo terapêutico, com estratégias assistenciais não medicamentosas (CNS, 2020).

Nesse sentido, os profissionais mencionaram as adaptações realizadas nos processos de trabalho para que o atendimento aos usuários ocorresse de modo seguro, tanto para os profissionais, assim como para os usuários e familiares, conforme apresentado nas falas:

P9: “Nossos usuários continuaram sendo atendidos domiciliares. Fizemos um cronograma, em que a enfermeira, a psicóloga e o médico iam domiciliar. Também abrimos o atendimento online aqui no CAPS, para atender a população e os funcionários que quisesse apoio psicológico naquele momento de sufoco.”

P1: “Nós passamos a atender os usuários em domicílio e em atendimento ambulatorial da psiquiatria, quando necessário. No início, nós tivemos muita dificuldade. Eu sou referência técnica de usuários da saúde mental em condições graves de adoecimento, então eles sentiram muito a questão de não poder vir para o CAPS.”

P8: “Durante a Pandemia, para alguns usuários eram necessárias visitas diárias, enquanto para outros não havia a necessidade diária. Eu realizava apenas as visitas para aplicações, entregas de medicamentos e questões mais técnicas, assim, não realizava acolhimento.”

Por meio dos discursos acima, depreende-se que o serviço adotou a visita domiciliar (VD) como principal atividade para acompanhar os usuários que estavam em regime intensivo de tratamento. Além disso, foram implantadas também estratégias de atendimento online, como o apoio psicológico online, para atender a população e fornecer apoio emocional aos profissionais da rede de saúde do município.

Em consonância, estudos apontam que atendimentos online foram implementados em diversos países para dar continuidade às intervenções em saúde mental, durante a pandemia. Os profissionais que atuavam na área da saúde mental, em países que sofreram os primeiros impactos da pandemia, como os localizados na Europa, sugeriram que os demais continentes se preparassem para fornecer suporte psicológico às comunidades afetadas pelo Covid-19, devido ao estresse emocional recorrente à pandemia (CULLEN; GULATI; KELLY, 2020; FARO *et al.*, 2020).

Dentre as consequências de uma pandemia é esperado um aumento dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático entre indivíduos sem histórico de problemas de saúde mental pré-existentes, assim como, entre os profissionais de saúde que estão na linha de frente no combate à doença. A ocorrência do sofrimento psíquico pode ser correlacionada a diversos fatores, dentre eles: o desconhecimento da doença, o isolamento social; o medo de se infectar e de morrer e a sobrecarga de trabalho (CULLEN; GULATI; KELLY, 2020).

Em complementação, Faro e colaboradores (2020), referiram que pessoas com transtornos mentais preexistentes, incluindo os decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas, estão mais suscetíveis às crises psiquiátricas devido às restrições ao acompanhamento profissional e ao acesso aos psicofármacos, o que reforça a importância de implementar medidas alternativas para manutenção do atendimento, como os atendimentos online.

No caso do CAPS Dona Dinica, a implantação do apoio psicológico online ocorreu em seguida ao decreto de calamidade pública pelo município de Carmópolis de Minas, como estratégia de enfrentamento à pandemia. Assim, os psicólogos que atendiam no ambulatório do município foram realocados para o CAPS, onde eram realizados os atendimentos online por meio de ligação telefônica ou do aplicativo *WhatsApp*, como apresentado nas falas:

P9: “Os profissionais do CAPS e as psicólogas do ambulatório fazem o atendimento através do *WhatsApp* ou por ligação, até mesmo para os usuários que elas já acompanhavam. Nos atendimentos online, aqueles que percebiam urgência, necessitando de um atendimento presencial, elas chamam e fazem o atendimento presencial e depois continuam remoto. Inclusive nós achávamos que a população não iria gostar, mas hoje eles se sentem inseguros de perder o atendimento pelo *WhatsApp*, achando melhor que presencial.”

P4: “Hoje nós avaliamos se existe a possibilidade de o atendimento ser online. Se o usuário está precisando do atendimento e é urgente, avaliamos se ele tem a capacidade de comunicar de forma efetiva por via online para que eu possa fazer o atendimento online. Quando nós avaliamos que o usuário não consegue é um dos motivos para estarmos fazendo a visita domiciliar.”

O uso das tecnologias de informação é difundido na área da saúde há algum tempo, a exemplo da Telemedicina, que permite intervenções colaborativas entre diversos profissionais à distância.

Segundo Viana (2020), no contexto da pandemia de Covid-19, houve crescimento significativo no número de atendimentos por intermédio das tecnologias de comunicação, como medida temporária para reduzir a circulação de pessoas e, conseqüentemente, mitigar a propagação exponencial das infecções por Covid-19. O autor afirma que o Conselho Regional de Psicologia da Bahia registrou aumento de 800% na procura por suporte psicológico online.

A partir do discorrido, pode-se dizer que o apoio psicológico online implantando no CAPS do município de Carmópolis de Minas atendeu ao sugerido pelo CNS, pois além de ter permitido a continuidade do atendimento dos usuários que já estavam em acompanhamento, ampliou o suporte emocional para os profissionais e para a comunidade. Assim, infere-se que essa ferramenta tenha contribuído para minimizar os impactos do acesso presencial reduzido aos serviços de saúde, provocado pela pandemia.

Durante as entrevistas, os profissionais referiram que as adaptações implementadas para minimizar os riscos de transmissão da Covid-19 eram temporárias. Nessa lógica, os mesmos expuseram como se deu o retorno das atividades presenciais, de modo a atender aos critérios de segurança, como mencionado nessas falas:

P5: “Nós vamos reiniciar a vinda dos usuários mais graves. Nós vamos permanecer com quatro usuários no CAPS. Nós discutimos os casos de cada um e vimos que neste momento, nesta semana, são estes quatro usuários que necessitam vir para o CAPS.”

P4: “Nós estamos organizando o ambiente para poder demarcar o afastamento adequado para evitar a contaminação, para a segurança do próprio usuário. O material de alimentação, tudo vai ter o nome separado de cada para não ter mistura e assim evitar contaminação também.”

P2: “Será diferente, pois teremos que adotar todos os cuidados de prevenção: serão menos pessoas no serviço, teremos que adotar o distanciamento social, os *kits* serão individualizados e não haverá compartilhamento de materiais, mas creio que será fácil de equilibrar essa situação, eles são bem conscientes nesses aspectos.”

Percebe-se que apenas as visitas domiciliares e o atendimento virtual não foram suficientes para atender as demandas dos casos graves que eram acompanhados pelo serviço. Por isso, foi necessário reorganizar a estrutura física e os recursos materiais disponíveis, de modo a atender às Normas de segurança durante a pandemia.

De acordo com a nota técnica nº 41 de 2020, do Ministério da Saúde, os CAPS deveriam manter seu funcionamento, sem comprometimento das atividades essenciais, dentre elas: manejo de crise, acolhimento das demandas, incluindo a maior instabilidade emocional. No entanto, as ações deveriam ocorrer com a participação do mínimo possível de pessoas e com o estabelecimento de distanciamento seguro. Posto isso, o documento ainda sugeria a restrição temporária das atividades em grupo, sendo priorizado os atendimentos e visitas domiciliares, mediante os cuidados de proteção e higienização (BRASIL, 2020).

A partir de como se deu o acompanhamento dos usuários do CAPS durante a pandemia de Covid-19, depreende-se que foram atendidas as normativas da nota técnica do Ministério da Saúde. Todavia, os profissionais também mencionaram as dificuldades enfrentadas durante esse processo de readequação da rotina de trabalho, como explicitado na fala do profissional:

P4: “Através dos atendimentos online nós ficamos muito limitados em relação aos recursos terapêuticos, em realizar uma atividade terapêutica específica. Em alguns casos, quando existe um quadro de comprometimento cognitivo muito grande nós não temos como fazer esse atendimento online. Já teve situação, nos atendimentos online, por causa da oscilação do sinal de internet, que atrapalha muito, os usuários se frustrarem na tentativa de fazer alguma coisa, mas não conseguir porque cai ou corta a ligação.”

Assim, percebe-se que os profissionais tiveram dificuldades na adaptação à transição do atendimento presencial para o online. Além disso, evidenciou-se a necessidade do acesso à internet de qualidade para que o atendimento online pudesse ocorrer de modo satisfatório. Nesse processo, a plasticidade se faz fundamental para aceitar que as tecnologias de comunicação possam ser ferramentas mediadoras nas práticas assistenciais.

Segundo Carvalho e colaboradores (2020), do ponto de vista dos usuários, o uso das tecnologias de comunicação para mediar consultas em saúde faz com que eles se sintam desamparados, inseguros e desinformados, sendo considerado falta de responsabilização dos serviços de saúde em torno de seus problemas e de sua saúde. Nesse sentido, o atendimento online aumenta a responsabilidade dos profissionais em relação à qualidade do atendimento.

Ademais, ao optar pelo atendimento online, é necessário considerar a familiaridade dos usuários e profissionais com o ambiente virtual, a conexão a uma internet de boa qualidade e o uso de plataformas que garantam segurança no compartilhamento de informações (Carvalho *et. al.*, 2020).

Além disso, foram explicitadas as dificuldades no alinhamento com os demais profissionais da rede de saúde para adesão às reuniões virtuais, tal como o matriciamento, para que a continuidade nos processos de trabalho intersetoriais fosse possível, conforme apresentado nas falas a seguir:

P9: “A coordenadora da atenção primária tentou fazer online o matriciamento, mas tiveram alguns médicos que não quiseram aderir. Olha que dificuldade!”

P3: “A coordenadora falou que tiveram profissionais que não aderiram a fazer matriciamento online, pelo menos foi isso que foi passado pra gente.”

Na nota técnica nº 41 do Ministério da Saúde, foi explicitado que fossem adotadas medidas para reduzir a exposição dos profissionais de saúde, sugerindo que fossem realizadas as adequações nas escalas de trabalho, assim como, adotasse a modalidade virtual, utilizando-se de ferramentas de comunicação, como videoconferências, para a realização das reuniões de equipe intra e intersetorial (BRASIL, 2020).

Em síntese, pode-se dizer que a pandemia de Covid-19 demandou uma reorganização dos processos de trabalho nos serviços de saúde para garantir a continuidade da assistência. No caso do CAPS Dona Dinica, apesar dos profissionais referirem dificuldades para adaptar as mudanças no processo de trabalho, o serviço conseguiu manter seu atendimento atendendo as

normativas do ministério da saúde para funcionamento desses serviços nesse período pandêmico.

6.4. Dimensão de Resultados do CAPS Dona Dinica

Nesta subseção será apresentada a avaliação do resultado da assistência prestada pela equipe técnica do CAPS Dona Dinica, na percepção dos usuários e familiares, participantes do estudo. Segundo Donabedian (2003), essa dimensão envolve os efeitos do cuidado para o estado de saúde do usuário e da população, considerando a satisfação e expectativas dos mesmos.

6.4.1. Caracterização sociodemográfica dos usuários

Os participantes nesta etapa da avaliação compreenderam um total de sete usuários, os quais foram escolhidos aleatoriamente entre aqueles que estavam em acompanhamento, em regime intensivo e semi-intensivo no serviço.

O perfil sociodemográfico desses usuários está apresentado, de forma detalhada, no quadro 5.

No tocante à caracterização sociodemográfica dos usuários participantes, prevaleceu: sexo feminino (n=6); solteiro (n=4); etnia parda (n=4); renda mensal familiar de um salário mínimo (n=7); faixa etária variou entre 20 e 59 anos; o nível de escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto (n=2) e ensino médio completo (n=1); a maioria dos usuários residiam com os pais (n=4); em relação a fonte de renda (n=3) declararam não ter renda, (n=2) recebiam auxílio doença e apenas um dos participantes possuía vínculo empregatício.

Quadro 5 - Características sociodemográficas dos usuários do CAPS Dona Dinica.

Id	Idade	Sexo	Etnia	Estado Civil	Escolaridade	Fonte de Renda	Jornada de Trabalho	Renda Salário Mínimo	Reside Com	Condição da Moradia
U 1	52	F	parda	casada	ensino fundamental incompleto	sem renda	não trabalha	até 1	Cônjuge	casa própria
U 2	59	F	branca	casada	ensino fundamental completo	auxílio doença	não trabalha	até 1	Cônjuge	casa própria
U 3	42	F	parda	solteira	ensino médio incompleto	emprego	jornada integral	até 1	mãe, pai	casa de familiar
U 4	20	F	amarela	solteira	ensino médio completo	sem renda	não trabalha	até 1	mãe, pai, irmãos	casa de familiar
U 5	43	F	parda	separada	ensino fundamental incompleto	sem renda	não trabalha	até 1	mãe, pai, irmãos	casa de familiar

U 6	37	F	branca	solteiro	ensino fundamental completo	LOAS	não trabalha	até 1	mãe, pai, irmãos	casa de familiar
U 7	56	M	pardo	solteiro	ensino médio incompleto	auxílio doença	não trabalha	até 1	Sozinho	abrigo de emergência

Fonte: Elaborado pela autora.

Em dissonância aos resultados desta pesquisa, estudos conduzidos em CAPS de diferentes regiões do Brasil, apontaram predominância do sexo masculino entre os usuários em tratamento (BOSKA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2018; BESSA *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2019). Segundo Pereira *et al.*, (2012), esse fator pode estar relacionado ao tipo de CAPS, uma vez que, em CAPS álcool e drogas tem-se prevalência de usuários do sexo masculino, devido a tendência do uso prejudicial de álcool e outras drogas nesse grupo, o que gera maior procura por cuidado em serviços de saúde mental por esse gênero.

A prevalência de usuários na faixa etária adulta, sem parceiros e com baixo nível de escolaridade resultados no presente estudo está em consonância com os resultados encontrados em estudos da área (PEREIRA, *et al.*, 2012; BOSKA *et al.*, 2018; SOARES *et al.*, 2019). Com relação à vinculação em atividades laborais, a pesquisa conduzida por Bessa e colaboradores (2019) apontou que, apesar da predominância de usuários adultos na faixa etária economicamente ativa, a maioria dos usuários não trabalhavam. A autora destacou a falta de oportunidade de trabalho nesse grupo.

Perfil semelhante foi observado também neste estudo, uma vez que, a maioria dos usuários não apresentou renda própria ou recebiam auxílio doença. A dificuldade de inserção no mercado de trabalho pode estar associada à baixa escolaridade e ao preconceito social, que coloca à margem da sociedade todos os que não se adéquam à norma social. Dessa forma, dependência financeira à família e aos auxílios do governo para suprir as necessidades básicas de subsistência são naturalmente aceitas a essa população, que está fora do processo de produção do capital.

De acordo com Assunção e colaboradores (2017), o afastamento temporário ou permanente de usuários em tratamento psiquiátrico do mercado de trabalho está diretamente relacionado à baixa escolaridade, ao número de internações ao longo da vida e ao diagnóstico de transtorno mental grave.

Nesta perspectiva, ressalta-se a necessidade elaboração ou até mesmo de execução de políticas de geração de renda, como estratégias de reabilitação psicossocial para os usuários dos CAPS.

6.4.2. Avaliação na perspectiva dos usuários

A avaliação da dimensão de Resultados, na perspectiva dos usuários do CAPS Dona Dinica, permitiu a formação de sete categorias, dentre elas: satisfação dos usuários com a equipe e serviço; atenção às crises; acessibilidade ao CAPS; oferta de oficinas geradora de renda; desconhecimento do PTS; acesso aos psicofármacos e mudança percebida após início do cuidado no CAPS.

Como parâmetros para a avaliação desta dimensão foram utilizados estudos científicos publicados na área.

Satisfação dos usuários com a equipe e serviço

A avaliação do serviço de saúde mental, na perspectiva dos usuários, é um recurso importante para detectar a resolubilidade e a capacidade do serviço em atender às expectativas dos mesmos e para contribuir para o desenvolvimento da sua autonomia, enquanto protagonistas na gestão do cuidado (BESSA *et al*, 2019; SOARES *et al*, 2019). Nessa perspectiva, Donabedian (1984) refere que a satisfação do usuário é um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, no âmbito da dimensão Resultados.

Com relação ao serviço, unanimemente, todos os usuários relataram estar satisfeitos, demonstrando uma visão positiva em relação ao CAPS, conforme exemplificado nos discursos:

U6: “O atendimento aqui [CAPS] é muito bom mesmo. Eu vim de muitos anos de tratamento, mais de 20 anos, e não tinha conseguido um local que cuidasse de mim igual aqui. Antes eu me sentia sozinha, desamparada, porque não tinha ninguém que me acompanhasse”.

U5: “Aqui [CAPS] é muito bom, distrai a gente, tira as coisas ruins da nossa cabeça. Eu acho que tem que fazer o possível para o CAPS não acabar, não morrer, e continuar cada vez mais ajudando mais pessoas”.

Resultado semelhante a este estudo foi encontrado em um estudo desenvolvido no Piau com 55 usuários, no qual constatou-se que, majoritariamente, os usuários estavam satisfeitos com os CAPS investigados (SOARES, *et al*, 2019). Em adição, um estudo de satisfação conduzido na região do Paraopeba-MG, com o uso de uma escala de satisfação, obteve resultado similar, estando os usuários satisfeitos ou muito satisfeitos com o cuidado ofertado nos serviços de saúde mental daquela região (SILVA, *et al*. 2018).

Em contrapartida aos resultados dos estudos conduzidos no Brasil, uma revisão internacional realizada por Newman e colaboradores (2015), apontou que os usuários apresentavam níveis de satisfação moderado a bom em relação aos serviços de saúde mental de

seus países. Essa disparidade nos níveis de satisfação pode estar relacionada às diferenças culturais e sociodemográficas entre os países.

Neste estudo, foi possível detectar na fala dos usuários que a satisfação estava relacionada ao cuidado recebido no serviço. Com resultado semelhante, pesquisa realizada nos EUA, detectou que a satisfação dos usuários com o serviço de saúde mental, naquele país, estava relacionada principalmente ao acesso, à qualidade do atendimento e à participação do usuário em seu plano terapêutico singular (SOHN *et al*, 2014).

Na mesma linha, Fernandes e Santos (2019) referiram que a satisfação dos usuários se correlaciona com diferentes variáveis, dentre essas, tem-se: adesão ao tratamento; características do atendimento; aspectos sociodemográficos e clínico dos usuários; eficiência da equipe; qualidade da relação entre terapeuta e usuário; acessibilidade aos serviços, qualidade das estruturas físicas, continuidade dos cuidados e informações recebidas.

Em complementação, no estudo conduzido por SILVA e colaboradores (2018), constatou-se que a percepção de mudanças positivas pelos usuários é um dos preditores mais importante de satisfação com o CAPS.

Além da satisfação com o serviço, os usuários relataram também, satisfação com a equipe, referindo atuação assertiva dos profissionais na condução do cuidado, como representado nas falas:

U1: “A equipe é muito boa, a psicóloga, o psiquiatra são muitos bons! Eu sinto o carinho de todos [profissionais] comigo”.

U6: “O atendimento daqui é muito bom! Os profissionais deixam a gente bem à vontade. Se eu estiver com a necessidade de conversar com a assistente social ela se prontifica na hora. Se for com a psicóloga, também. Por causa da Pandemia restringiu, mas o acolhimento aqui em geral não falta nada, pelos menos no meu caso.

A equipe de profissionais que compõem um serviço de saúde desempenha papel imprescindível no cuidado ao usuário. Nesse sentido, foi possível perceber nas falas dos usuários que os profissionais do CAPS Dona Dinica eram abertos e disponíveis para acolher as necessidades dos mesmos.

Corroborando com os resultados deste estudo, outro, realizado na região Sul do Brasil, constatou que os usuários estavam satisfeitos com a maneira como os profissionais do serviço os atendiam. A satisfação foi correlacionada com a relação entre profissionais e usuários e a competência dos mesmos (FERNANDES; SANTOS, 2019).

Níveis elevados de satisfação com a equipe também foi observado em estudos conduzidos em outras regiões do País, estando esses associados à competência dos profissionais que conduziam o cuidado, a acolhida e a ajuda recebida no serviço (SILVA *et al.*, 2018).

No estudo de Fernandes; Santos (2019), a boa relação com a equipe estava associada à procura do serviço pelos usuários quando esses necessitavam novamente de ajuda, assim como, com a indicação do CAPS a amigos ou familiares. Esse resultado é um indício de que um bom relacionamento entre profissionais e usuários pode aumentar a motivação para adesão ao tratamento.

Embora se manifestassem satisfeitos com o atendimento oferecido pelo CAPS, um dos usuários esboçou a necessidade de um período de adaptação para que pudesse compreender como seria conduzido o tratamento neste serviço até então desconhecido, como demonstrado nesse discurso:

U6: “No começo eu tive um pouco de dificuldade para me adaptar porque eu não tinha costume com esse tipo de serviço, mas agora eu me adaptei e está sendo muito bom para mim. Parece que eu vim para o céu. Aqui [CAPS] eu fui percebendo que eu não estou sozinha. Aprendi a ter pensamento mais positivo. Minha vida mudou, está me dando mais esperança. Eu não sinto mais a solidão que eu tinha”.

A Atenção Psicossocial propõe uma estratégia de cuidado em saúde mental, com enfoque em um modo de cuidar que inclua a compreensão do sofrimento do indivíduo, do seu contexto social e de suas necessidades concretas, sejam essas psicológicas ou subjetivas. Nessa lógica, a forma de produzir cuidado se caracteriza como uma atenção que visa a autonomia e corresponsabilização do usuário em seu cuidado, na construção de projetos terapêuticos singulares e fortalecimento da convivência familiar e comunitária do usuário, além de emprestar-lhe o poder de contratualidade como facilitador de seu processo de reabilitação psicossocial, (VIEIRA *et al.*, 2018).

No modelo de cuidado manicomial, o usuário era mantido segregado socialmente e, comumente, abandonado à própria sorte, nas instituições psiquiátricas. Durante o grupo focal observou-se que a maioria dos usuários tinha como referência essa visão biomédica de cuidado em saúde mental, muitas vezes, motivado pela própria experiência em tratamentos prolongados e até mesmo institucionalização, em hospitais e clínicas psiquiátricas.

Frente a esse processo de adaptação relatado pelo usuário, destaca-se que ainda existe sobreposição de modelos de atenção à saúde mental no País, apesar dos esforços invitados à superação do modelo manicomial para a reabilitação social.

Apesar das modificações que já aconteceram no campo da saúde mental brasileira, não houve uma assimilação por completo da Atenção Psicossocial, pois o modelo manicomial ainda não foi totalmente superado, resultando em uma concepção de que ambos serviços, de natureza hospitalocêntrica e psicossocial, sejam necessários (VIEIRA *et al*, 2018).

Diante desse cenário ambivalente, os usuários ainda têm dificuldades para superar a lógica paradigmática do tratamento manicomial e se apropriar dos princípios da reinserção e reabilitação social, para a construção de um projeto de vida, com apoio dos profissionais, da família e da comunidade.

Atenção às crises

Na visão dos usuários do CAPS Dona Dinica, a atuação da equipe nos momentos de crises colocou-se como um marco significativo no processo de cuidado, uma vez que, conforme relatado pelos mesmos, não houve necessidade de internações psiquiátricas no período em que estavam em acompanhamento no serviço:

U6: “Esse ano eu tive uma crise, eles [PROFISSIONAIS] cuidaram de mim e eu não precisei de internamento. Eles iam na minha casa todos os dias, me traziam para cá. O médico não me internou, tratou de mim aqui [CAPS] em crise. Foi bom, eu recuperei mais rápido”!

U1: “Eu também tive uma crise e eles não me internaram. Fiz o tratamento aqui [CAPS] e eles [PROFISSIONAIS] me trataram muito bem. Eu tinha uma ansiedade, uma inquietação, não sei se era os remédios que não me faziam bem”.

A crise pode ser compreendida como uma agudização dos sintomas do transtorno mental, em um período de maior intensidade, com mudanças no comportamento, em que o usuário precisa de um acompanhamento mais de perto e com maior agilidade (FILHO *et al.*, 2018). A manifestação da crise pode estar carregada de sofrimento, ansiedade e dor, associado a um caráter de incertezas e imprevisibilidade.

Por meio dos relatos, percebeu-se que no momento de crise dos usuários, os profissionais do CAPS os acolheram e buscaram acompanhá-los de maneira mais intensa, incluindo visitas domiciliares, para que o cuidado fosse realizado no território, evitando a internação.

Após a implantação dos CAPS, houve uma diminuição acentuada do número de internações psiquiátricas, repercutindo na redução dos leitos de hospitais psiquiátricos (BESSA *et. al*, 2019). Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS, em suas diferentes modalidades, “devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise,

muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas na unidade” (BRASIL, 2004, p. 17).

Neste sentido, os resultados de estudo realizado por Bessa *et al* (2019), acerca da assistência em um CAPS da região Oeste Potiguar, a atenção às crises foi uma das ações com melhor avaliação pelos usuários no tratamento oferecido pelo CAPS. Reforçando, Clementino e colaboradores (2017), também demonstraram a satisfação dos usuários com o acolhimento diferenciado pela equipe do CAPS, no momento de crise.

No entanto, enfatiza-se que as estratégias de promoção à saúde não devem restringir apenas às ações e práticas voltadas à resolução da crise psíquica, assim como era realizado nos hospitais psiquiátricos.

Acessibilidade ao CAPS

Em relação à acessibilidade ao serviço, os usuários referiram que a disponibilidade do transporte para deslocar-se diariamente até o CAPS era fundamental para o cuidado contínuo, como apresentado nas falas a seguir:

U4: “Sem o transporte do CAPS eu não conseguiria vir porque eu moro longe e aqui [O MUNICÍPIO] não tem transporte público”.

U1: “Eu também não conseguiria vir sem o carro daqui [CAPS] porque eu moro na roça”.

U2: “Eu não posso sair do projeto onde moro sem ter alguém que me busque, lá eu não posso ter acesso a rua sozinho”.

Para Donabedian (2003), a acessibilidade é um indicador de qualidade de um serviço, contemplado na avaliação de Resultado. Esta está intimamente relacionada a dois aspectos: o sócio-organizacional e o geográfico. No aspecto sócio-organizacional inclui-se os recursos disponíveis e a organização do serviço, os quais podem facilitar ou dificultar o acesso. O geográfico remete-se à localização geográfica do serviço, que irá determinar a distância e tempo de deslocamento do usuário para chegar ao mesmo, partindo de sua moradia.

Nessa perspectiva, a partir das falas dos usuários, infere-se que as barreiras de acesso apresentadas pelos mesmos estavam associadas ao aspecto geográfico do município. Apesar de o CAPS está localizado na região central do município, o mesmo dista da população que reside na área rural do município, que é extensa.

Corroborando com o apresentado acima, no estudo realizado por Clementino *et al.* (2017), em que os usuários também relataram que a localização geográfica era uma barreira de acesso aos CAPS, uma vez que demandava recurso financeiro para deslocar até o serviço. Além disso, tinha-se as barreiras relacionadas à própria organização do serviço, como as barreiras organizacionais e de estrutura física e humana.

A dificuldade de acesso devido ao aspecto geográfico também foi contemplada no estudo liderado por Silva e colaboradores (2018), em que participaram 467 usuários atendidos em 11 CAPS da região do Paraopeba - MG. Nesse estudo, os resultados demonstraram que 75,47% dos usuários do CAPS demoravam até 40 minutos para chegar ao serviço de saúde mental e a maioria (60,09%) utilizavam o transporte oferecido pelo CAPS por não ter outra forma que lhes fosse possível.

Diante do exposto, percebe-se que a barreira geográfica no acesso ao serviço de saúde está presente em diferentes regiões do Brasil. Partindo do princípio que o CAPS, é uma modalidade de serviço que busca à ampliação da rede social, por meio das relações interpessoais e reabilitação psicossocial, do usuário portador de transtorno mental, torna-se essencial a participação dos usuários nas oficinas e práticas terapêuticas ofertadas. Assim, quando o CAPS Dona Dinica dispôs de um meio de transporte para facilitar o acesso dos usuários ao serviço, está lhes promovendo a adesão às práticas assistenciais, e, conseqüentemente, para um cuidado mais qualificado.

Oferta de oficinas geradora de renda

Em relação às práticas assistenciais ofertadas pelo CAPS, os usuários explicitaram participar de oficinas terapêuticas e de atendimentos individuais. Dentro desse tópico, durante as discussões, foi sugerido por um dos usuários a implementação de oficinas geradoras de renda no serviço, como apresentado no discurso:

U2: “Nós poderíamos também fazer laborterapia. Eu sei fazer bonecos feitos de tampa de garrafa. Eu aprendi muitas coisas criativas quando eu tratava no CAPS de Itajubá, que poderiam ser aplicadas aqui [CAPS] também”.

Na lógica da reabilitação psicossocial, as oficinas terapêuticas são um espaço de cuidado que utiliza do cuidado transdisciplinar para promover saúde mental. Segundo o Ministério da Saúde, as atividades em oficina têm como função promover a socialização, a expressão, o exercício da cidadania e a inserção social (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva, as oficinas terapêuticas devem ser elementos constituintes do projeto terapêutico singular e cabe ao usuário decidir de quais atividades irá participar. Dentre as diversas modalidades de oficinas, tem-se as de alfabetização, as expressivas e as geradoras de renda (BRASIL, 2004).

As oficinas geradoras de renda têm por objetivo a promoção da autonomia e a reinserção social do sujeito, por meio do aprendizado de alguma atividade específica, podem ser essas: oficinas de artesanato, marcenaria, culinária, dentre outras (BRASIL, 2004). Além disso, ao promover esse tipo de oficinas, o serviço prepara os usuários para a vida em sociedade e os estimula a utilizar dessas habilidades apreendidas para a buscar a autonomia e cidadania.

Em consonância a este estudo, Fernandes e Santos (2019) referiram que, embora a maioria dos usuários demonstraram satisfação geral com o CAPS II do município de Tubarão, no estado de Santa Catarina, 15,7% dos participantes citaram que, dentre as melhorias necessárias, estavam a criação de novas oficinas terapêuticas.

Estudo realizado por Franzmann e colaboradores (2017), em que foram avaliados CAPS, de diferentes modalidades, da região sul do Brasil, constatou que 53,35% dos usuários não participavam das oficinas terapêuticas. Os autores associaram a baixa adesão às oficinas as dificuldades de deslocamento para acesso ao CAPS. Esse resultado reafirma como a disponibilidade de um transporte gratuito para o deslocamento dos usuários da saúde mental pode fazer diferença no acompanhamento do cuidado, sendo um ponto positivo no CAPS Dona Dinica.

Desconhecimento do PTS

Posto que os Projeto Terapêuticos dos usuários devem servir de embasamento para as oficinas ofertadas no CAPS, cabe ressaltar que durante a coleta de dados foi identificado a falta de conhecimento, por parte dos usuários, acerca dos PTS. Quando questionados, os usuários não souberam expressar ou disseram não recordar de terem discutido em algum momento acerca do PTS, com os profissionais do CAPS.

Em consonância, estudo que avaliou os CAPS do estado de São Paulo (2010), relatou que menos da metade das instituições desenvolviam o PTS para todos os usuários acompanhados pelo serviço (CREMESP, 2010).

No modelo psicossocial de cuidado, é fundamental que o sujeito se veja como participante ativo em seu tratamento, levando em consideração o caráter biológico da sua

doença, mas com ênfase a pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social. Assim, tendo como princípio a autonomia e a corresponsabilização do tratamento, cada usuário deve ser capaz de tomar suas próprias decisões nesse processo, enfim, ser estimulado à autonomia.

Segundo Matos *et al.* (2017), o PTS deve ser utilizado para todos os usuários dos serviços de saúde mental, em especial nos CAPS, dada a especificidade da população atendida. A construção desse dispositivo pode ser dividida em quatro etapas, tais como, diagnóstico situacional; definição de metas e objetivos; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS (BRASIL, 2010).

O PTS deve incluir todas as necessidades do usuário, além de ser flexível às mudanças que ocorrem ao longo do tratamento, devendo ainda ser reavaliado com constância. Para cada etapa deve-se ter um técnico de referência, responsável por acessar a equipe multiprofissional e os serviços que compõem a rede de apoio para que o usuário tenha acesso ao melhor cuidado possível (MATOS *et al.*, 2017).

Acesso aos psicofármacos

Neste estudo, apesar da satisfação geral com o serviço, alguns usuários apontaram as dificuldades quanto ao acesso aos psicofármacos, como apresentado nos discursos a seguir:

U2: “Eu pego na farmácia central quando tem, porque na realidade o Diazepam todo mundo usa e geralmente não tem, aí eu compro. Os outros eu ganho aqui no CAPS”.

U1: “Eu compro porque não tem, mas vai chegar o Olanzapina pela prefeitura para mim, lá na farmácia central. Mês passado eu peguei, mas esse mês ainda não chegou, se não chegar eu vou ter que comprar, o remédio é caro, mas eu consigo comprar”.

Todavia, tiveram aqueles usuários que relataram obter os medicamentos necessários, com acesso gratuito, pela farmácia distrital do município, conforme os relatos apresentados abaixo:

U7: “Eu pego todos os medicamentos na farmácia central”.

U4: “Eu pego meus remédios de graça, um aqui no CAPS e o outro na farmácia central”.

Clementino *et al.*, (2017) encontraram resultado semelhante a respeito à insatisfação dos usuários do CAPS em relação ao acesso aos psicofármacos por meio do CAPS. Segundo os autores, esse fato contribui de modo factual para a visão negativa aos serviços de saúde mental.

A disparidade em relação ao acesso aos psicofármacos observada nos relatos dos usuários deste estudo, pode estar relacionada a especificidade dos diagnósticos de transtornos mentais, os quais necessitam de uma terapia medicamentosa específica. Além disso, a escolha da terapia medicamentosa depende da adaptação orgânica de cada usuário. Dessa maneira, para obter um tratamento que tenha ação eficaz nos sintomas positivos e negativos, o profissional médico precisa testar diferentes classes de fármacos que, infelizmente, nem sempre são fornecidos pelo SUS.

Relatos acerca da fragilidade de acesso aos medicamentos também foram mencionados pelos profissionais do CAPS, conforme descrito na subseção Dimensão de Processo do CAPS Dona Dinica, em consonância com o relato dos usuários. Pode-se inferir que esta fragilidade na obtenção dos psicofármacos, referida por ambos, pode estar relacionada ao fato do CAPS não possuir o credenciamento no Ministério da Saúde para o repasse de recursos financeiros pelo governo federal.

O uso de psicofármacos faz parte do tratamento de transtornos mentais, sendo assim, o acesso ao medicamento e o uso racional é premissa fundamental para a promoção da saúde. O uso racional está concernente a assegurar medicamentos adequados para as condições clínicas, em doses apropriadas às necessidades individuais, por um período adequado e de baixo custo para o usuário (Silva *et. al.*, 2020).

Silva e colaboradores (2020) destacam que várias ações desenvolvidas nos CAPS dependem, dentre outros fatores, dos recursos financeiros destinados à manutenção desses serviços. Entretanto, o governo federal não fez reajustes no recurso atual repassado para os serviços de saúde mental, corroborando com um modelo de subfinanciamento, que se faz presente em todas as áreas do SUS.

Especificamente nos CAPS, o subfinanciamento pode comprometer a manutenção de serviços essenciais, podendo variar o padrão de atendimento, conforme contrapartida de cada município, para a manutenção e extensão de serviços. Assim, faz-se necessário a definição de serviços mínimos e pactuações nacionais para garantir ações assistenciais direcionadas ao perfil dos usuários que frequentam os CAPS (Silva *et al.*, 2020).

Mudança percebida após início do cuidado no CAPS

Os usuários relataram perceberem mudanças positivas em suas vidas após o início do cuidado no CAPS, como demonstrado nessas falas:

U3: “O CAPS foi muito bom para mim. Eu cheguei aqui [CAPS] e não conseguia nem andar, eles me trataram muito bem. Hoje eu consigo andar, trabalho na casa dos outros, trabalho na minha casa, trabalho com a minha irmã. Minha vida melhorou muito. Hoje eu vivo normal, estou sempre disposta. O CAPS mudou minha vida”.

U2: “Para mim mudou muito também. Antes de iniciar tratamento aqui [CAPS], em casa era só chorar. Depois daqui [CAPS] eu me relaciono melhor com as pessoas. Agora eu procuro estar sempre junto com uma pessoa para eu me relacionar”.

Este resultado representa um ponto favorável na avaliação do serviço, uma vez que os usuários consideram estar melhor do que antes dos cuidados recebidos no CAPS, sendo assim uma importante dimensão da avaliação de resultado.

Semelhante a este estudo, pesquisa realizada por Franzmann *et al.* (2017), em CAPS de diferentes modalidades, dos três estados do sul do Brasil, apontou que, no rastreamento de mudanças percebidas, a maioria dos usuários apresentaram melhora após início do tratamento nos CAPS. Segundo os autores, as variáveis que exerceram influência acerca da possibilidade de melhora estavam relacionadas ao diagnóstico da doença e à organização dos serviços.

Clementino e colaboradores (2017) referiram que os usuários dos CAPS álcool e drogas do município de São Paulo/SP, demonstraram perceber mudanças gerais em suas vidas que impactaram na melhora da qualidade de vida. Os autores relataram que as mudanças mais evidenciadas pelos usuários relacionavam-se a: confiança em si mesmo; melhora do humor; sentimento de interesse pela vida; capacidade de suportar situações difíceis e qualidade do sono.

Diante do exposto, percebe-se que as mudanças percebidas pelos usuários podem estar relacionadas a questões que envolvem a atenção que lhes é ofertada, dentre essas tem-se o acolhimento, com escuta qualificada das demandas terapêuticas, o que contribui para fortalecer o vínculo e a confiança entre usuário e equipe. Além disso, a convivência com outros usuários que vivenciam problema semelhante, permite trocas de conhecimentos e experiências, possibilitando melhor interação interpessoal, com percepção de apoio e cooperação entre os envolvidos.

Outro aspecto percebido por um dos usuários como uma mudança positiva foi com relação ao trabalho. A partir da fala do usuário infere-se que o serviço proporcionou uma reestruturação pessoal que se refletiu na dimensão trabalho.

O trabalho pode ser relacionado ao sentimento de autorrealização, de sentir-se útil, de possuir ou desenvolver habilidades e ser capaz de desempenhar uma importante função social,

que proporciona à pessoa reconhecimento. Nesse sentido, pode ser uma ferramenta emancipatória para fortalecer as relações sociais dos usuários.

Nessa perspectiva, Franzmann *et al.* (2017) ressaltaram que a inserção no mercado de trabalho entre os usuários da saúde mental é um marcador relevante do processo de reinserção social. O trabalho remunerado é benéfico para o sujeito com transtorno mental visto que estimula a autonomia e autoestima, além de possibilitar a criação de vínculos.

Diante dessa discussão, sugere-se que o CAPS atue constantemente com estratégias de empoderamento que permitam ao usuário desenvolver habilidades para sua inserção no mercado de trabalho.

A avaliação da mudança percebida, na visão dos usuários, configura-se como um indicativo da efetividade do CAPS no cuidado aos indivíduos portadores de transtornos mentais. Ao rastrear as percepções desses usuários, em relação às melhoras e pioras percebidas, o serviço pode identificar práticas que necessitam ser aprimoradas e melhor direcionadas, com o intuito de contribuir para uma qualificação dos resultados.

A avaliação do serviço pelo olhar dos usuários fornece uma perspectiva singular, pois são capturadas as experiências e resultados por quem vivencia o serviço em seu cotidiano. Neste estudo, os resultados da assistência oferecida pelo CAPS Dona Dinica foram avaliados, no geral, de forma positiva por todos os usuários, apesar das fragilidades apontadas em relação ao acesso aos psicofármacos, à falta de oficinas de geração de renda e o desconhecimento do Projeto Terapêutico Singular.

No tocante ao PTS, o CAPS precisa ampliar a implantação do mesmo para todos os usuários em acompanhamento no serviço, visto que no modelo de cuidado psicossocial, essa ferramenta é essencial para guiar as propostas de cuidado. Do contrário, a oferta de atividades realizadas por esses serviços tende a ocorrer de modo limitado e até mesmo desarticulado.

As fragilidades aqui apresentadas devem ser vistas como contribuições à gestão do município e do serviço, no intuito de reorganizar e/ou redirecionar as práticas para um cuidado mais efetivo. Cabe ressaltar, que a percepção de satisfação pode externar a familiaridade do usuário com o serviço, seu agradecimento e, principalmente, a predileção de um modelo de atenção que difere totalmente do tratamento ofertado nos hospitais psiquiátricos.

6.4.3. Caracterização sociodemográfica dos familiares

Participaram desta etapa oito familiares de usuários do CAPS Dona Dinica. No quadro 6 estão distribuídas detalhadamente as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 6 - Características sociodemográfica dos familiares de usuários do CAPS Dona Dinica.

Id	Idade	Sexo	Etnia	Estado Civil	Escolaridade	Fonte de renda	Jornada de trabalho	Renda (salários mínimos)
1	49	F	branca	casada	pós-graduação	Emprego	jornada parcial	1 a 4
2	48	F	Pardo	divorciada	ensino fundamental incompleto	auxílio doença	não trabalha	até 1
3	54	F	branca	casada	Ensino superior incompleto	aposentadoria	não trabalha	4 a 8
4	38	F	Pardo	casada	ensino fundamental completo	renda do cônjuge	não trabalha	1 a 4
5	62	F	Negra	separada	sem escolaridade	auxílio doença	não trabalha	até 1
6	32	M	Negro	solteiro	ensino médio completo	Emprego	jornada integral	até 1
7	68	M	Pardo	casado	ensino fundamental incompleto	aposentadoria	não trabalha	até 1
8	66	F	Negra	viúva	ensino fundamental incompleto	aposentadoria	não trabalha	até 1

Fonte: Elaborado pela autora.

No perfil sociodemográfico dos familiares participantes deste estudo prevaleceram: sexo feminino (n=6); etnia negra (n=3) e parda (n=3); casados (n=4); renda mensal familiar de até um salário mínimo; fonte de renda aposentadoria (n=3); idades entre 32 a 68 anos; escolaridade variou entre pós graduação (n=1) e ensino fundamental incompleto (n=3). A maioria dos participantes não trabalham (n=6).

Tal como os resultados desta pesquisa, estudos realizados com familiares de usuários que frequentam Centros de Atenção Psicossocial revelaram prevalência do sexo feminino, baixa escolaridade e baixa renda familiar mensal entre os cuidadores, estando a maioria dos familiares (52,8%) desempregados (ELOIA *et. al.*, 2018; SOARES *et. al.*, 2019).

A predominância do gênero feminino no papel daquele que cuida é reflexo de uma representação histórico-social construída da mulher como a responsável pela diligência do cuidado e daquela que deve estar sempre disponível no momento de necessidade (MOTA; PERGORARO, 2018).

Como pode ser observado neste estudo, a maioria dos familiares entrevistados não possuía trabalho remunerado. Segundo Motta e Pergoraro (2018), uma das consequências de

exercer o papel de cuidador é abrir mão do emprego formal para se dedicar ao cuidado integral do familiar adoecido.

Nesse sentido, Soares e colaboradores (2019) referem que, como consequência desse cuidado integral, familiares cuidadores de pessoas que vivenciam transtorno(s) mental(is), apresentam sobrecarga que afeta as esferas de vida emocional, financeira e física. Os autores ainda salientaram que familiares do sexo feminino se sentem mais sobrecarregadas, em comparação aos do sexo masculino.

Em contraposição ao perfil sociodemográfico discutido até o momento, estudo conduzido na Arábia Saudita com 377 participantes, apontou que mais da metade dos familiares (55%) eram do sexo masculino, casados, com escolaridade entre ensino médio completo e superior (ALZHRANI *et. al.*, 2017). Esses resultados sugerem que diferenças socioeconômicas e culturais podem interferir no perfil dos familiares cuidadores.

6.4.4. Avaliação na perspectiva dos familiares

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que, ao avaliar serviços de saúde seja integrada diferentes perspectivas na avaliação, para que se consiga aproximar ao máximo da realidade do serviço. Na saúde mental, os familiares são atores fundamentais para o cuidado psicossocial, pois auxiliam no suporte ao usuário no processo de interação com os profissionais, além de também utilizarem os espaços do serviço para suporte e apoio. Nesse sentido, os familiares também foram incluídos neste estudo na avaliação da dimensão Resultado.

A avaliação da dimensão Resultado, na perspectiva dos familiares, resultou em quatro categorias, sendo essas: Satisfação com o serviço; CAPS versus demais Serviços de Saúde Mental; Acesso psicofármacos; Melhora do usuário após início do tratamento no CAPS.

Satisfação com o serviço

Quando perguntado ao grupo qual a opinião deles em relação ao cuidado ofertado no CAPS, todos os familiares demonstraram estar satisfeitos com a estrutura do serviço e com os resultados do cuidado, como representado por esses discursos:

F7: “Eu gosto do tratamento daqui [CAPS]. O médico procura o melhor medicamento para o tratamento. Os profissionais que trabalham aqui tratam muito bem. Eles buscam e levam em casa. Tratam com maior carinho e cuidado”.

F8: “Eu acho o tratamento aqui bom, não tenho nada para reclamar. Já tivemos experiências em serviços de outros municípios, mas já tem um ano que ela está tratando aqui e está tendo melhora”.

F6: “Eu acho bom o tratamento, minha filha está curando, graças a deus”.

Nas falas, observa-se que a satisfação com o serviço foi associada ao tratamento medicamentoso assertivo e a maneira como seu deu o cuidado. Tal resultado qualifica o serviço como um ambiente adequado, onde as práticas de cuidado ofertadas pela equipe estavam dentro do esperado pelos familiares.

Resultado semelhante a este foi encontrado no projeto CAPSUL II, que avaliou os CAPS de diferentes modalidades, da região sul do Brasil. Naquele estudo, os familiares demonstraram estar satisfeitos com os serviços comunitários de saúde mental daquela região. A variável que apresentou maior escore de satisfação foi em relação a resultados de tratamento, que se relaciona com a capacidade da equipe em ajudar o usuário a lidar com seu problema (KANTORSKI *et al.*, 2017).

Estudo realizado na região sudeste do Brasil também avaliou a satisfação com o serviço, abordando a perspectiva dos trabalhadores, usuários e familiares, evidenciou elevado grau de satisfação geral, por parte dos familiares. No entanto, esse resultado foi associado à facilidade para agendar consultas e maior aproximação com a equipe do serviço (REZENDE; BANDEIRA; OLIVEIRA, 2016).

O elemento satisfação com o serviço também apareceu no estudo desenvolvido por Soares *et al.*, (2019), em um CAPS do município de Londrina/PR. Mais uma vez, o resultado foi semelhante a este estudo, com elevados níveis de satisfação por parte dos familiares.

Como demonstrado o elemento, satisfação vem sendo abordado em diversos estudos de avaliação de serviços de saúde mental, reforçando o proposto por Donabedian (1984), que a satisfação é um dos principais elementos da avaliação da qualidade em saúde.

Em síntese, a partir dos estudos, percebe-se que os serviços substitutivos em saúde mental estão sendo bem aceitos pelos familiares, o que pode ser um reflexo da aceitabilidade social em relação às mudanças paradigmáticas relacionadas ao de cuidado em saúde mental, contribuindo para potencializar as ações do CAPS. Na modalidade de tratamento psicossocial, o apoio da família e da comunidade é fundamental, inclusive com a inserção desta nas práticas desenvolvidas pelos CAPS.

Nessa categoria destacou-se também a satisfação com a implantação do serviço especializado em saúde mental no município, como pode ser observado nessas falas:

F5: “Acho o CAPS muito bom, muito acolhedor, uma estrutura muito boa, o pessoal é alegre também. Têm médico às sextas-feiras e às vezes têm visita domiciliar também, o que facilita muito já que não precisa mais ficar indo até Belo Horizonte.”

F5: “Só tenho a agradecer, só de ser um serviço na cidade da gente. Esperamos que conserve e que melhore cada vez mais”.

No discurso apresentado por um dos familiares fica, evidente que os usuários dependiam dos serviços de saúde mental de municípios vizinho. Assim, a satisfação com o novo serviço também pode ser associada a maior facilidade no acesso ao cuidado especializado, uma vez que não será mais necessário deslocar-se para outros municípios.

O ato de deslocar-se para acessar os serviços de saúde pode gerar desgaste, tanto para o usuário como para o familiar, sem mencionar os custos com transporte, quando esse não é disponibilizado pelo município.

Além do acesso, pode-se associar a satisfação com a disponibilidade de um suporte especializado dentro do território, o que facilita o cuidado do familiar adoecido. A sobrecarga e angústia é referida com frequência, por familiares cuidadores de usuários da saúde mental, por possuírem uma rede mínima ou inexistente de apoio da família e da comunidade para a divisão do cuidado (MOTA; PEGORARO, 2018).

De acordo com Kantorski *et al.*, (2017), os CAPS desempenham um papel importante na vida dos familiares vinculados. Os familiares veem o apoio fornecido pelos CAPS como fundamental para diminuir a sobrecarga, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Em complementação, Rodvalho; Pegoraro (2020), retratam que a disponibilidade do CAPS é percebida pelos familiares como um serviço de apoio ao usuário, pois frequentá-lo está associado a um acompanhamento mais próximo, além da prescrição dos psicofármacos, sendo estes fundamentais para minimizar a crise ou evitá-la.

Importante ressaltar que, o fato de o CAPS ser um serviço de saúde mental novo no município, o qual tinha grande demanda de atendimento nessa área, faz com que os familiares tenham uma visão menos crítica acerca da qualidade do serviço. A sua escolha, na maioria dos casos, se restringe a decidir se utilizará ou não o único serviço especializado que está disponível.

Em complementação, Thiengo e colaboradores (2015) referem que, ao compartilhar os cuidados do familiar adoecido com o serviço de saúde mental, é esperado uma redução da sobrecarga relacionada ao cuidar e, como consequência, esse familiar faz uma avaliação positiva do serviço.

CAPS versus demais Serviços de Saúde Mental

Ao avaliar um serviço é comum que sejam realizadas comparações com outros serviços da mesma área, neste caso, com serviços de saúde mental. Essa percepção é reafirmada por Dourado *et al.*, (2018), ao referirem que em uma avaliação os sujeitos tendem a realizar comparações com experiências anteriores, das quais podem emergir as vantagens e desvantagens de um serviço em relação ao outro.

Sendo assim, durante a avaliação da dimensão de Resultado, os familiares apontaram algumas diferenças entre o CAPS e outros serviços psiquiátricos, diferenças essas que impactam no cuidado ao usuário. As diferenças citadas foram em relação a: estrutura física dos serviços; interação entre a família e a equipe; diferenças no tratamento oferecido pelos serviços de saúde mental.

Com relação a estrutura física dos serviços, a estrutura dos hospitais psiquiátricos foi descrita pelos familiares como um ambiente inóspito, com estruturas precárias e péssimas condições de higiene, não sendo considerado um ambiente propício para um cuidado humanizado, conforme apresentado nesse discurso:

F5: “O hospital é uma coisa horrorosa, um lugar todo escuro, com mal cheiro, muito sombrio. Os quartos têm uma estrutura bem velha. A parte externa até tem umas árvores, mangueiras, mas fica todo mundo ali sem ter o que fazer. Uma coisa não muito humanizada!”

Por outro lado, a estrutura do CAPS foi retratada como um lugar mais próximo à realidade do ambiente familiar, sendo mais acolhedor e proporcionando mais conforto, como apresentado por esses familiares:

F1: “Eu acho que aqui [CAPS] é bem confortável, é mais acolhedor, mais aberto.

F3: ‘Eu acho o CAPS muito bom, é um ambiente muito acolhedor’.

F7: “A estrutura física é boa, bem arrumado. Para quem não tinha nada, esse serviço é bom”.

Diante dos discursos, identificou-se que os familiares valorizavam o aspecto da estrutura física dos serviços e acreditavam que essa dimensão interferia no resultado do cuidado. Assim, na comparação entre o hospital psiquiátrico e o CAPS, constatou-se a preferência dos familiares

pelo ambiente do CAPS por apresentar, segundo o que eles acreditam, uma estrutura mais humanizada e adequada as necessidades do cuidado em saúde mental.

Nessa linha de comparação, um estudo que avaliou a percepção dos familiares acerca de um serviço comunitário de saúde mental, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, os familiares referiram que a estrutura física do serviço era inadequada para as demandas dos usuários, contrapondo os resultados deste estudo. No entanto, assim como para os familiares deste estudo, havia ainda preferência pelo trabalho desenvolvido no CAPS, em detrimento do hospital psiquiátrico (RODOVALHO; PEGORARO, 2018).

A diferença na avaliação da estrutura física dos CAPS pode ter associação com o fato de alguns municípios brasileiros utilizarem edifícios ou residências provisórias para alocarem os serviços de saúde, não havendo assim um padrão. Como discutido na subseção Dimensão de Estrutura do CAPS, a estrutura física do serviço pode interferir no processo de trabalho, e conseqüentemente, no resultado do cuidado. Sendo assim, edifícios construídos para fins de serviços de saúde tem impacto positivo no cuidado.

Em relação ao hospital psiquiátrico, observou-se que, para os familiares deste estudo, o ambiente dos manicômios carrega uma carga de sofrimento. Esse sentimento pode estar correlacionado à vivência da dor e abandono, à abordagem indigna e não terapêutica, à objetivação das pessoas e à perda da condição cidadã e autonomia.

Nessas instituições o usuário perde o direito de fazer escolhas e passa a viver em uma rotina rígida e preestabelecida, com horário para acordar, dormir, alimentar, consultar, enfim, para tudo. Essa percepção foi relatada também, pelos familiares no estudo conduzido por Rodovalho e Pegoraro (2018).

Por fim, nessa comparação da estrutura física dos serviços, percebeu-se preferência pelo CAPS. Apesar das discrepâncias apresentada pelos estudos, infere-se que usuários, familiares e sociedade têm reconhecido a importância do trabalho desenvolvido nesses serviços. Esse reconhecimento faz-se de extrema importância para fortalecer o serviço e consolidar as práticas da Atenção Psicossocial, com o cuidado embasado nos recursos que a comunidade oferece, envolvendo a família e a rede social.

A segunda diferença apresentada pelos familiares, em relação aos serviços de saúde mental, diz respeito à interação entre equipe e família, sendo que, no ambiente do hospital psiquiátrico, esse contato foi referido como mais distante ou inexistente. Enquanto que, no

CAPS, tem-se maior interação da equipe com os familiares, conforme apresentado nesse discurso:

F7: “No hospital psiquiátrico a gente [FAMILIAR] só conversava com o médico, em uma reunião no dia da internação. Depois você só tem informação no dia de ir embora. Aqui no CAPS os profissionais conversam com a gente. A enfermeira me pergunta sempre da minha esposa: como que ela está? se ela está melhor? O que eu estou achando dela? Eu gosto muita da assistência dela”.

Nessa fala, percebe-se haver diferenças no processo de comunicação no ambiente do CAPS e do hospital psiquiátrico, sendo que, no CAPS, há maior troca de informações acerca do usuário e da condução do cuidado, entre profissionais e familiares.

A falta de informação acerca do processo de cuidado do familiar pode gerar angústia e preocupação. Segundo Rezende, Bandeira e Oliveira (2016), a quantidade e a qualidade das informações fornecidas aos usuários e familiares são um dos fatores concernentes ao nível de satisfação com os serviços de saúde mental. Além disso, Rodovalho e Pegoraro (2020) referem que a interação serviço-família reflete na satisfação e na confiança dos familiares. Naquele estudo, a interação foi melhor percebida pelos familiares durante as visitas domiciliares e as ligações telefônicas.

Na perspectiva da Atenção Psicossocial, a integração da família no Projeto Terapêutico do usuário é fundamental, visto que ela pode ser ponte para uma melhor adesão do usuário ao tratamento. Nesse sentido, Kantorski e colaboradores (2017) destacam que os momentos de troca de informações entre profissionais, usuários e seus familiares, de modo a haver maior compreensão entre as partes envolvidas no cuidado, pode ser uma estratégia útil para melhoria dos serviços oferecidos, pois nesses encontros podem ser identificadas as reais demandas, além de selar pactos mais eficazes.

Frente ao discutido, percebe-se que as relações estabelecidas entre o CAPS e a família, com momentos de troca de informações acerca do processo de cuidado do usuário, é vista como positiva pelos familiares.

Embora tenha aparecido na fala do familiar esse diálogo entre os profissionais e familiares no ambiente do CAPS, salienta-se que, quando questionados a acerca das atividades que os usuários desenvolviam no serviço, um familiar relatou desconhecer:

F6: “Eu não sei falar de quais atividades minha filha participa”.

A fala desse familiar sugere haver fragilidades nesse processo comunicativo entre usuário-familiar-serviço. Neste caso específico, este familiar era o responsável em acompanhar o tratamento da filha. O desconhecimento apresentado na fala reforça a necessidade de fomentar a inclusão da família, no processo de trabalho do serviço.

Conforme mencionado na subseção Dimensão de Processo do CAPS Dona Dinica, o serviço não desenvolvia atividades voltadas para a família até o momento desta investigação. Diante disso, recomenda-se que os profissionais do CAPS repensem como as informações estão sendo repassadas aos familiares e, se esse processo de comunicação está sendo eficaz.

Nessa linha de pensamento, para Kantorski e colaboradores (2012), quando a família é inserida no processo de cuidado, essa consegue ter uma melhor compreensão do papel desempenhado pelo serviço para atender as suas necessidades e as de seus familiares. Para tal inserção seja possível a equipe pode utilizar-se das estratégias de acolhimento e vínculo.

A terceira diferença relatada pelos familiares foi em relação às diferenças no tratamento oferecido pelos serviços de saúde mental. No hospital psiquiátrico, os discursos sugeriram foco biomédico centrado no uso de medicamentos, como referido por esse familiar:

F5: “Da última vez que minha irmã ficou internada no hospital Galba ela ficou chorando. Ela parecia estar dopada, com as pernas arroxeadas e estava usando oxigênio. Uma coisa não muito humanizada. Eu nunca tinha visto minha irmã desse jeito”.

Em contraponto, o cuidado no CAPS foi apresentado como compartilhado, no qual levava-se em consideração as necessidades apresentadas pelo usuário, sem a imposição de um tratamento específico, como mencionado nas falas abaixo:

F1: “Aqui não é nada forçado. Eles vêm porque eles querem, porque se sentem bem aqui”.

F7: “Aqui [CAPS] eles têm ocupação. Eles fazem atividades de desenho, colorir, fazem até uns arranjos de decoração. Eles também conversam com os profissionais. No início eles iam também fazer atividade física fora daqui [CAPS], mas por causa da pandemia mudou”.

Por meio da fala do familiar, infere-se que apesar da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) promover a atenção integral ao portador de transtornos mentais, ainda perdura a lógica biomédica nos hospitais psiquiátricos, com a fragmentação da assistência, o que gera efeitos adversos no cuidado aos usuários.

Segundo Pessoa Junior *et al.* (2016), as tensões na definição de papéis e saberes entre os profissionais, em face aos novos modelos de práticas em saúde mental dentro do ambiente hospitalar, geram entraves na reorganização dos processos de trabalho, com vistas a tornar concretos os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Em contrapartida, no ambiente do CAPS, o trabalho em equipe emergiu como elemento fundamental, reforçando as relações interpessoais como forma de contribuir para a formação do vínculo profissional-usuário. Nessa perspectiva, os profissionais devem reafirmar o compromisso ético da equipe com o processo de cuidado, utilizando-se de uma abordagem humanizada (PESSOA JUNIOR *et al.*, 2016).

No entanto, neste estudo, observou-se que o processo de trabalho no CAPS, apesar de ser constituído na lógica do trabalho interdisciplinar, também sofre forte influência do paradigma biomédico, que se faz presente, por exemplo, quando o profissional não participa das atividades coletivas decisórias, como as reuniões de equipe.

Todavia, no CAPS, a atenção ao usuário deve compreender a experiência do sofrimento mental e a partir dela desenvolver estratégias de assistência (CONSTANTINIDIS, *et al.*, 2018). Como referido pelo familiar, o cuidado não deve ser forçado. Neste estudo, na avaliação da dimensão processo, percebeu-se que os profissionais do CAPS Dona Dinica tinham essa sensibilidade de incluir o usuário nas decisões acerca da condução do tratamento.

No modelo de Atenção Psicossocial, que conduz as práticas do CAPS, o usuário deixa o papel do tutelado, para ocupar o lugar de participante ativo e autônomo, rompendo com as formas de tratamento tradicionais que isolam dentro de quatro paredes, mas volta-se para o sujeito social (CONSTANTINIDIS, *et al.*, 2018).

Essa lógica de tratamento, pode ser percebida na fala do familiar, quando ele mencionou as atividades extramuros realizadas pela equipe do serviço, reconhecendo o investimento da mesma em estimular atividades que promovam a reinserção e reabilitação psicossocial dos usuários, atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Acesso aos psicofármacos

Nos discursos dos familiares também foram apresentadas fragilidades para o acesso gratuito aos psicofármacos. Em alguns casos, destacou-se que, apesar de ser um processo burocrático, os medicamentos eram concedidos, conforme os relatos:

F2: “O remédio que ele toma é totalmente gratuito, mas tem que entrar com processo e fazer exame de sangue todo mês para acompanhar.”

F1: “Um dos medicamentos que a minha filha conseguiu pelo processo. O médico precisa dar um laudo e precisa encaixar na doença que ela tem.”

Todavia, outros familiares relataram não conseguir acesso a alguns medicamentos pelo SUS, sendo necessário comprá-los, apesar das limitações financeiras, como apresentado nessas falas:

F6: “Alguns remédios minha filha ganha, tem outros que tem que comprar. Se não tivesse que comprar seria melhor.”

F7: “O médico procura o melhor medicamento para o tratamento. Inclusive teve uma vez que ele [MÉDICO] receitou um medicamento muito caro, mas ele deu um jeito de conseguir alguns para nós, mas eu precisei comprar também, custou bem caro.”

Diante das falas dos familiares, deduz-se haver um sucateamento de psicofármacos no município. Essa dificuldade para ter acesso ao medicamento de forma gratuita também foi citada pelos usuários e profissionais que participaram deste estudo, o que reafirma essa percepção.

Pode-se justificar essa situação ao fato de o CAPS Dona Dinica não receber os repasses financeiros da União para o custeio das ações do serviço, como apresentado na subseção Implantação do CAPS. Dessa forma, fica a cargo da gestão municipal arcar com todas as despesas e custos orçamentários, para que o serviço possa funcionar, entretanto, sem a disponibilidade de todos os recursos necessários aos usuários. Conforme a Portaria nº 3.089 de 2011, os custos para compra de psicofármacos poderiam ser cobertos pelo repasse federal.

Segundo Silva e Lima (2017), sendo os CAPS referência no tratamento e atendimento de crises e urgências em Saúde Mental, o uso dos psicofármacos é uma atividade inerente ao projeto terapêutico. Dessa forma, os gestores precisam se organizar para controlar a disponibilidade e conservação dos medicamentos, além de realizar o acompanhamento e a avaliação da utilização desses medicamentos pelos usuários.

No estudo conduzido pelas autoras acima, em todos os quinze CAPS avaliados, da região de Paraopeba/MG, os coordenadores informaram a existência de fornecedores, de controle de pedidos e requisitos técnicos nos editais de compra, para aquisição dos medicamentos de saúde mental. Nesses municípios, os psicofármacos eram adquiridos por meio dos Consórcio Intermunicipal de Saúde, no qual incluía-se os 15 medicamentos de saúde mental da lista da Organização Mundial de Saúde - OMS (Silva; Lima, 2017).

Diante da dificuldade de acesso ao psicofármaco no CAPS Dona Dinica, sugere-se que seja feito um levantamento dos psicofármacos utilizados pelos usuários da saúde mental do município para que, a partir dele sejam traçadas estratégias, junto a secretaria de saúde do município, para reverter a indisponibilidade dos medicamentos. Seguindo o exemplo apresentado no estudo da região de Paraopeba, os consórcios Intermunicipais poderiam ser uma opção a se considerar para a aquisição dos medicamentos.

Para além disso, o levantamento do uso de psicofármacos poderia ser utilizado como uma justificativa a ser apresentada ao Ministério da Saúde para que o recurso federal seja liberado ao município, a fim de melhorar a disponibilidade do insumo à população que deles dependem.

Melhora do usuário após início do tratamento no CAPS

Os familiares relataram perceber melhora em diferentes aspectos da vida de seu familiar adoecido, após iniciar tratamento no CAPS, incluindo na percepção de dignidade, conforme apresentado nas falas a seguir:

F1: “Meu filho fala muito comigo que aqui [CAPS] ele se sente útil.”

F2: “Tiveram maior dignidade, mais qualidade de vida. Começaram a andar com a cabeça mais erguida. Eles têm mais segurança, eles sabem que têm um recurso com alguém que os entendem melhor.”

Os resultados deste estudo convergem com o apresentado por Costa *et al.* (2011), em que os familiares cuidadores perceberam melhoras referentes ao enfrentamento de problemas pessoais, aos sintomas da doença e na qualidade do convívio familiar, em função do tratamento que seu familiar recebe no CAPS.

Interessante destacar que as mudanças positivas também foram percebidas pelos usuários na avaliação da dimensão resultado. O fato de usuários e familiares citarem as mudanças positivas percebidas após início do tratamento no CAPS, demonstra que ambos perceberam como positivo os resultados da assistência ofertada pela equipe técnica do serviço.

Neste sentido, pode-se dizer que o cuidado oferecido no CAPS tem benefícios concretos na vida dos usuários. A melhora na qualidade de vida dos usuários impacta em suas vidas e indiretamente na de seus familiares, visto que o controle dos sintomas positivos e negativos da doença resulta em redução da sobrecarga, ocasionada pelo cuidado.

Essa relação é confirmada por Costa *et al.* (2011), ao mencionarem que a sobrecarga dos familiares no cuidado com pessoas que vivenciam transtorno(s) psíquico(s) é maior, quando esses apresentam comportamentos problemáticos.

Ademais, os familiares relataram também que os usuários apresentaram maior autonomia e independência para realizar as atividades do dia-a-dia.

F6: Minha filha também mudou, agora ela está mais conversada. Ela ficou mais feliz, antes ela não conversava com ninguém, agora ela conversa.

F8: Ela mudou para melhor. Não fica conversando sozinha mais. Antes ela não dava conta de fazer nada em casa, agora ela consegue arrumar a casa.

A melhora na qualidade de vida do usuário percebida pelo familiar, culmina em avaliação positiva do CAPS, enquanto ponto de cuidado da rede de atenção psicossocial, que atua para prevenir e manejar as crises psíquicas, que geram circunstâncias de grande sofrimento familiar.

Diante do exposto, ficou evidente que a avaliação de um serviço de saúde, na perspectiva dos familiares, é um mecanismo importante para repensar e qualificar as práticas de cuidado oferecidas de maneira contínua e universal. As percepções expressadas por esses atores possibilitam à gestão local e equipe de saúde ajustes necessários para garantir a resolubilidade do cuidado ofertado no CAPS.

7. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a avaliação das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado do Centros de Atenção Psicossocial do município de Carmópolis de Minas, MG.

A partir da análise dos resultados coletados considera-se que o estudo atingiu o objetivo proposto ao conseguir avaliar a Estrutura (estrutura física; recursos humanos e materiais), as práticas assistenciais desenvolvidas pela equipe do CAPS, assim como, os Resultados, entendido como cuidado ofertado, na perspectiva dos usuários e familiares de usuários do serviço.

Na dimensão Estrutura, à luz das normativas do ministério da saúde, apesar do CAPS Dona Dinica ter apresentado estrutura física e quantitativo de recursos humanos adequado às necessidades do serviço, havia algumas deficiências no que se refere a recursos materiais para oficinas e disponibilidade de psicofármacos. Além disso, os profissionais apontaram algumas necessidades de reajustes estruturais para melhoria dos processos de trabalho.

No que tange aos recursos humanos, não foi consenso entre os profissionais do serviço que o dimensionamento pessoal era suficiente para atender as demandas de saúde mental do município. Ademais, observou-se que a maioria dos profissionais não possuíam qualificação em saúde mental, o que sugere a necessidade de educação permanente e supervisão externa, por um profissional qualificado, para orientar na condução das práticas do serviço, assim como, na elaboração e avaliação dos PTS.

Na dimensão processo, o CAPS apresentou algumas inconformidades entre as ações oferecidas pelo serviço e as estabelecidas pela Portaria nº336 de 2002 do Ministério da Saúde. Algumas práticas assistenciais ainda eram parciais, como a limitação das oficinas; falta de atividades com familiares; elaboração do PTS para uma parcela dos usuários; falta de um cronograma para as reuniões de equipe. Outrossim, salienta-se a importância de implementar atividades de cunho político e social, tal como, a gestão participativa, por meio de assembleias de usuários e familiares.

Ainda em relação às práticas assistenciais, conclui-se que se faz necessário um estreitamento da relação do CAPS com os demais serviços que compõem a rede de saúde do município e com outras instituições da comunidade com o propósito de criar uma rede de apoio para os usuários, além de auxiliar a família no cuidado.

Na dimensão Resultado, usuários e familiares, unanimemente, demonstraram estarem satisfeitos com o cuidado ofertado pelo CAPS, sendo percebido melhora na qualidade de vida do usuário em ambas avaliações. Os resultados dessa avaliação evidenciaram a importância da avaliação de um serviço de saúde, na perspectiva dos usuários e familiares, como um mecanismo importante para repensar e qualificar as práticas de cuidado oferecidas de maneira contínua e universal.

Este estudo possui limitações no que se refere à possibilidade de generalização dos seus resultados, tendo em vista que envolve dados referentes a um serviço específico. Entretanto, os resultados deste estudo poderão contribuir para aprimorar as práticas assistências do CAPS Dona Dinica e de serviços com perfil similar.

8. REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cad Saúde Pública**. 1992, v. 8, n. 4, p.361-65. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v8n4/v8n4a02.pdf> Acesso em: 25 fev. 2020.
- ALVES, P. F.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. *et al.* Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 50-59, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S05>. Acesso em 13 out. 2020.
- ALVES, F.; SILVA, L. F. Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão. In: Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier, 2004. **Actas dos ateliers**. Braga: Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- AMARANTE, P. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental**. Textos selecionados. São Paulo: Zagadoni. 2017.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**. 2018, v. 23, n. 6, p. 2067-2074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 dez 2019.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002** dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial União, 2002. Acesso em: 26 out. 2020.
- ARAÚJO, A. K., VALÉRIA, L. Trabalho e saúde mental: relato de experiência em um Caps AD III na cidade de João Pessoa, PB. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. 4, pp. 275-284. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S422>. Acesso em: 30 nov. 2020
- BANDEIRA, M.; PITTA, A.M.F; MERCIER, C. Escala de avaliação de satisfação dos usuários em serviços de saúde mental. **J Bras. de Psiquiatria**. 2000, v. 49, n. 8, pp. 293-300.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. 2008, v.24, n.2, p.456-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso Acesso em: 24 dez 2019.
- BOSKA, G. A.; CLARO, H. G.; PINHO, P. H. *et al.* Mudanças Percebidas Por Usuários De Centros De Atenção Psicossocial Em Álcool e Outras Drogas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 2, p.439-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a25068p439-446-2018>. Acesso em: 14 mar. 2019.
- BOSQUE, R. M.; OLIVEIRA, M. A. F. de; SILVA, N. N. da. *et al.* Satisfação dos trabalhadores, usuários e familiares dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 11, p. 4598-4606, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231199>. Acesso em: 14 mar. 2019.

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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, abr. 2001. p. 2. Acesso em 17 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. In: Brasil. MS. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial Brasília: MS, 2003. p. 77-84. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 12**. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Acesso em 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. **Relatório de Gestão 2011-2015**. Ministério da Saúde: Brasília: DF. 2016, 143 p. Acesso em 17 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: DF, 2015. Acesso em 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília – DF. 2002. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. 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: OPAS, 2005. Acesso em 17 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. DAPE. Estratégias Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas **NOTA TÉCNICA Nº 41/2020**. Brasília – DF. 2002. Acesso em 17 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010. Acesso em 17 dez. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Série F. Comunicação e Educação em Saúde: **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial Brasil**. Brasília: DF. 2004. Acesso em: 17 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: DF, 2016. Acesso em: 25 jan. 2021.

_____. Portaria nº 3088, 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas**. Brasília, 2011. Acesso em 17 fev. 2020.

- CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. **Rev. esc. enferm. USP**. 2009, v. 43, n. 2, p. 393-400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2020.
- CARVALHO, A. L.; ASSAD S. G. B.; SANTOS, S. C. P. de. et. al. Professional performance in front of the COVID-19 pandemic: difficulties and possibilities. **Research, Society and Development**. 2020, v. 9, n. 9, p. e830998025. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8025>. Acesso em: 9 fev. 2021
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CLEMENTINO, F. de S.; MIRANDA, F. A. N. de; MARTINIANO, C. S. *et al.* Avaliação de Estrutura Organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 4, p. 261-268, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/25340/16073>. Acesso em: 14 mar. 2019.
- CLEMENTINO, F. de S.; MIRANDA, F. A. N. de; MARTINIANO, C. S. *et al.* Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Fund Care Online**. 2018, v.10, n., p.153-159. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v10i1.153-159>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- CNES. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 040, de 18 de maio de 2020**. Brasília: MS, 2020. Acesso em 17 fev. 2020.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; DENIS J. L. *et al.* **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z. M. A., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.
- COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003243&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 out. 2020.
- COSTA, N. R.; CORREA, S. G. P.; SILVA, P. R. F. Considerações sobre a acessibilidade nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. 2015, v.20, n. 10, p. 3139-3150. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19482014>. Acesso em: 30 nov. 2020
- COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; COUTINHO, M. P. de L. *et al.* A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**. 2016, v. 5, n. 1, p. 35-45. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/15855>. Acesso em: 28 jul. 2019.

CORREA, S. G. de P. **Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2011.

COZER, M.; GOUVÊA, L. A. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de adolescentes frequentadores do CAPS AD de um município do oeste do Paraná. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** 2010, v.4, n.1, p.145-54. Disponível em: <file:///C:/Users/Nath%C3%A1lia/Downloads/703-2828-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CULLEN, W., GULATI, G., & KELLY, B. D. Mental health in the Covid-19 pandemic. **QJM: An International Journal of Medicine.** 2020, v.113, n.5, p. 311-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>. Acesso em: 01 fev. 2021.

DELGADO, P. G. **Introdução: Reforma psiquiátrica e inclusão pelo trabalho**. In: Saúde mental e economia solidária (pp.09-10). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DESCARTES, R. **Meditações**. São Paulo: Victor Civita, 1973.

DONABEDIAN, A. **An Introduction Quality Assurance in Health Care**. Oxford: 2003.

DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWLANSKI, L. **Quality, cost and health: An integrative model**. Medical Care, 1982.

FARO, A.; BAHIANO, M. de A.; NAKANO, T. de C. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.** 2020, v. 37, e200074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jan. 2021.

FERNANDES, C. J., LIMA, A. F. de; OLIVEIRA, P. R. S. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública.** 2020, v.36, n.4, pp. 2-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00049519.pdf>. Acesso em: 9 jan. de 2021.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N. N. M.; SILVA, T. A. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. **Revista Saberes**, São Paulo. 2016, v. 4, n. 1, p. 72-86. Disponível em: <http://www.facsapaulo.edu.br/uploads/files/artigo%206.pdf>. Acesso em: 28 de jul. 2019.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M **Os Anormais**: Curso dado no Collège de France (1974- 1975). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANZMANN, U. T.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M.; TREICHEL, C. A. Estudo das mudanças percebidas em usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil a partir de sua inserção nos serviços. **Saúde Debate**, v. 42, n. 4, p. 166-174, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0166.pdf>. Acesso em: 14 mar 2019.

FRANZMANN, U. T.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. *et al.* Percepção de Melhora em Serviços de Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**. v.33, n. 7, p.2-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00085216.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2019.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7034.pdf>. Acesso em 13 fev. 2021.

HARTZ, Z. M.; SILVA, L. M. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. In: (Ed.). Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde: Fiocruz, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema Cidades@**, Carmópolis de Minas: Panorama. [Internet], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/carmopolis-de-minas/panorama>. Acesso em: 27 ago. 2020.

IGLESIAS, A. A.; LUZIANE, Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019, v. 24, n. 4, pp. 1247-1254. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>. Acesso em: 09 nov. 2020.

JESUS, G. F.de; COELHO, T. C. B. Condições Estruturais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de Feira de Santana-Ba. **Rev. de Saúde Coletiva da UEFS**. 2016, v. 5, n. 1, p. 51-58. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1010>. Acesso em: 26 out. 2020.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M.; TREICHL, C. A. dos S. *et al.* Satisfaction with mental health community services among patients' relatives. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 20, n. 2, p. 237-246, 2017. Disponível em: doi: 10.1590/1980-5497201700020005. Acesso em: 14 mar. 2019.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, R. A.; LEMÕES, M. A. *et al.* Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. **Ciênc. Cuidado Saúde**. 2012;11(1):173-80. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314544596_Avaliacao_da_estrutura_e_processo_na_visao_dos_familiares_de_usuarios_de_saude_mental. Acesso em: 14 mar. 2019.

LIMA, M. B.; BEZERRA, M. D. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. 2014, v.66, n.3, p.31-46. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229035339004>. Acesso em: 09 nov. 2020.

LIRA, K. F.S. de. Hospitais de custódia, tratamento psiquiátrico e violação dos direitos humanos. **RIDH**. Bauru, v. 4, n. 2, p. 143-159, 2016. Disponível em:

<https://www3.faac.unesp.br/ridh/index.php/ridh/article/view/394/183>. Acesso em 13 fev. 2020.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. 2017, v. 26, n. 1 pp. 155-170. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>>. Acesso em: 9 jan. de 2021.

MACHADO, M. **Foucault**: A filosofia e a literatura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**. 2012, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020

MATOS, R. K.; SANTOS, G. M.; ROCHA, R. M. B. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). **Revista Intercâmbio**. 2017, v. 9, p. 111. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/viewFile/163/183>. Acesso em: 07 fev. 2021

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**. 2013, v. 18, n. 1, p. 151-160. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000100016>. Acesso em: 30 nov. 2020.

MORAIS, A. P., GUIMARES, J. M., ALVES, L.V. *et al.* Produção do cuidado na atenção psicossocial: Visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Cien Saude Colet**. 2019, v. 26, n.3, p.1163-1172. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/producao-do-cuidado-na-atencao-psicossocial-visita-domiciliar-como-tecnologia-de-intervencao-no-territorio/17335?id=17335>. Acesso em: 01 set. 202.

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ, V. J. S. Analysis of the embracement process in a Child and Adolescent Psychosocial Healthcare Center: considerations from an ethnographic investigation. **Interface (Botucatu)**. 2018; 22(67):1123-34. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401123. Acesso em: 14 abr. 2019.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290205>. Acesso em: 14 mar. 2019.

MOTA, S. D. PEGORARO, R. F. Concepções de familiares sobre um centro de atenção psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** v.13, n. 2, p. 1-17, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/06.pdf>. Acesso em: 14 mar 2019.

OLIVEIRA, J. F.; SANTOS, A. M.; PRIMO, L. S. *et al.* Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. 2019, v. 24, n. 7, p. 2593-2599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.20252017>. Acesso em: 14 mar. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. 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. **Cad. Saúde Pública**. 2006, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2019.

OPAS. **Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas**. Organización Panamericana de La Salud, 2020.

PEREIRA, M. O.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Reflexão acerca das políticas públicas brasileiras na óptica do pós-colonialismo. **Rev enferm UFPE on line**, v. 4, n. 2, p.730-38, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6210/5458>. Acesso em 13 mar. 2020.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**. Campinas: Unicamp, 1988.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100088

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C.; ESPERIDIAO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**. 2018, v. 23, n. 1, p. 141-152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>. >. Acesso em: 22 nov.2020.

PITTA, A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arq. bras. psicol.** 2008, v. 60, n. 2, p. 32-39. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2020.

ROSA, E. Z. **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social**. 2016. 380 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

SANTOS, E. O.; COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2017, v. 11, n. 12, p. 5186-5196. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22611>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**.2019, v.26, n.4, p.1169-1187. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2020

^a SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 1, p. 149-160, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100016>. Acesso em 13 fev. 2020.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G.; RUAS, C. M. Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 23, n. 11, pp. 3799-3810, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>. Acesso em: 14 mar 2020.

SILVA, A. T.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev Escola de Enfer. USP**. 2002, v. 36, n. 1, p. 4-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a01.pdf>. Acesso em: 14 mar 2020.

SILVA, L. M. V; FORMIGLI, V. L. A. Health Evaluation: Problems and Perspectives. **Cad.Saúde Públ.** 1994, v.10, n.1, p. 80-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>. Acesso em: 14 mar 2020.

^b SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Assistência Farmacêutica na Saúde Mental: um diagnóstico dos Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**.2017, v. 22, n. 6, p.2025-2036. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-2025.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, A. S.; FELICIO, J. F.; MOURA, I. S. *et. al.* The waiting room as a space for health promotion in the psychosocial care center. **Research, Society and Development**. 2020, v.9, n.7, p. 1-13. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3759>. Acesso em: 27 jan. 2021.

SILVEIRA, L. C; SILVA, M. L. S; SILVA, M. R. F. *et. al.* Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política. **Artigos Ineditos**. Jan/Jun 2008. Disponível em: <http://www.avalrevista.ufc.br/index.php/revistaaval/article/view/8>. Acesso em: 25 fev. 2020.

SOARES, M. H.; FARINASSO, A. L. da C.; GONÇALVES, C. de S. *et al.* Sobrecarga e Satisfação dos Familiares De Pacientes Com Esquizofrenia. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, n.1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54729>. Acesso em: 14 mar. 2019.

SOBRINHO, J. D. **Avaliação institucional, instrumento da qualidade educativa: a experiência da Unicamp**. In: Balzan, N. C, Sobrinho, J. D., organizadores. Avaliação institucional: teoria e experiências. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2000. p.53-86.

SZASCZ, T. **Cruel compaixão**. Campinas: Papyrus, 1994.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**. 2019, v. 29, n. 1, p.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290108>. Acesso em: 30 nov. 2020

TREICHEL, C. A. dos S; JARDIM, V. M.; KANTORSKI, L. P. *et al.* Satisfação de familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: informações sobre doença e tratamento. **J Nurs Health**. v. 6, n. 3, p. 414-22, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31744/bde-31744-599.pdf>. Acesso em: 14 mar 2019.

VALE, C. H. **Saúde mental no Brasil e os desafios da gestão em saúde: uma revisão narrativa da literatura**. Monografia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

VALLE, A. M. The Mexican experience in monitoring and evaluation of public policies addressing social determinants of health. **Global Health Action**, 9, 2016.

VASCONCELLOS, V. C.de. **A dinâmica do trabalho em Saúde Mental: limites e possibilidades na Contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

VIANA, D. M. Atendimento psicológico online no contexto da pandemia de covid-19. **Cadernos esp**. 2020, v.14, n.1, p. 74–79. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/399/215>. Acesso em: 01 fev. 2021.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto contexto - enferm**. 2004, v. 13, n. 4, p. 543-548. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneve: WHO; 2000.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. **J Health Psychol**. 2016, v. 21, n.3, p. 400-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26987834>. Acesso em: 25 nov. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2015.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: The Free Press, 1990.

9. APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA INDIVIDUAL COM A SECRETÁRIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

1. Discorra-me acerca do contexto que motivou a implantação do CAPS no município e como o processo se deu. Quais foram os atores e como protagonizaram no processo?
2. Fale-me acerca da elaboração e aprovação do projeto do CAPS?
3. Fale-me o que percebe no cuidado em saúde mental no município após a implantação do CAPS.

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não tenha sido abordado nessa entrevista?

APÊNDICE II

QUESTÕES NORTEADORAS DA ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE TÉCNICA DO CAPS

1. Fale-me acerca da rotina de trabalho no CAPS e de sua atuação nesta rotina.
2. Fale-me acerca da estrutura física e dos recursos materiais disponíveis no CAPS. Como percebe o impacto desses em seu trabalho?
3. Como você descreve a estrutura organizacional de trabalho adotada pela coordenação do CAPS?
4. Fale-me como você percebe os efeitos do tratamento ofertado no CAPS na vida dos usuários e familiares.

Gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não tenha sido abordado nessa entrevista?

APÊNDICE III

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO PARA GESTORES E TRABALHADORES

Obrigado por aceitar ser entrevistado.

Este é um estudo coordenado pela Prof. Dra. Maria Odete Pereira. O objetivo principal deste questionário é conhecer as condições sociodemográficas dos participantes desta pesquisa. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido.

Data da Entrevista: / **Nome do Entrevistador:**

1. Identificação (Iniciais):

2. Qual a sua data de nascimento?.....

3. Naturalidade (cidade onde nasceu):

4. Cidade onde reside:

5. Sexo () Feminino () Masculino

6. Etnia () Branca () Amarelo () Negra () Pardo

7. Qual seu atual estado civil?

- () solteiro
- () casado ou vive com companheiro
- () separado
- () divorciado
- () viúvo

8. Qual a sua profissão?

9. Qual o seu maior grau de escolaridade?

- () sem escolaridade
- () ensino fundamental completo
- () ensino fundamental incompleto
- () ensino médio completo
- () ensino médio incompleto
- () ensino superior completo
- () ensino superior incompleto
- () pós graduação completa

10. Possui Pós Graduação em saúde mental?

11. Qual foi o seu salário bruto no último mês?

- () 1 a 3 salários mínimos
- () 4 a 7 salários mínimos
- () acima de 8 salários mínimos

12. Você tem outro vínculo empregatício?

Se sim, qual o outro local de trabalho:.....

13. Como você ingressou em seu cargo atual?

14. Há quanto tempo trabalha nesse serviço?.....

15 Carga horário de trabalho?.....

APÊNDICE IV**INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO PARA USUÁRIO E FAMILIAR**

Obrigado por aceitar ser entrevistado.

Este é um estudo coordenado pela Prof. Dra. Maria Odete Pereira. O objetivo principal deste questionário é conhecer as condições sociodemográficas dos participantes desta pesquisa. Todas as informações fornecidas por você serão mantidas estritamente confidenciais e seu anonimato é garantido.

Data da Entrevista: / **Nome do Entrevistador:**

1. Identificação (Iniciais):

2. Qual a sua data de nascimento?.....

3. Naturalidade (cidade onde nasceu):

4. Cidade onde reside:

5. Sexo () Feminino () Masculino

6. Etnia () Branca () Amarelo () Negra () Pardo

7. Qual seu atual estado civil?

- () solteiro
- () casado ou vive com companheiro
- () separado
- () divorciado
- () viúvo

8. O(a) Sr. (a) sabe ler? () Não () Sim

9. Qual o seu grau de escolaridade?

- () sem escolaridade
- () ensino fundamental completo
- () ensino fundamental incompleto
- () ensino médio completo
- () ensino médio incompleto
- () ensino superior completo
- () ensino superior incompleto
- () pós graduação completa
- () pós graduação incompleta

10. Qual a sua principal fonte de renda?

- () Não tem renda
- () emprego
- () seguro-desemprego
- () renda do cônjuge
- () aposentadoria
- () renda familiar

- auxílio-doença
- pensionista
- LOAS

11. Se o(a) Sr. (a) atualmente está trabalhando, informe como é sua jornada de trabalho:

- jornada integral remunerada
- jornada parcial remunerada
- jornada integral não remunerada
- jornada parcial não remunerada
- não trabalha
- trabalho eventual

12. Qual a sua renda familiar no último mês? *

- até 1 salários mínimos
- entre 1 a 4 salários mínimos
- entre 4 a 8 salários mínimos
- acima de 8 salários mínimos
- não teve renda familiar

13. Quantas pessoas residem na mesma casa que você?.....

14. Com quem o(a) Sr. (a) vive atualmente?

- sozinho(a)
- cônjuge/companheiro
- com filho(a)
- cônjuge/companheiro(a) e filhos
- outro membro da família
- mãe, pai, irmãos, filhos e companheiro
- mãe, pai
- mãe, pai, irmãos
- amigo(a)

15. Que tipo de moradia o(a) Sr. (a) tem atualmente?

- casa/apartamento próprio
- casa/apartamento alugado
- casa de familiar
- casa de amigos
- hospital ou instituição
- rua
- abrigo de emergência
- pensão (alimentação e moradia)

APÊNDICE V

QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL COM USUARIOS

- 1.** Fale-me o que você acha do cuidado ofertado pelo CAPS.
- 2.** Fale-me o que você acha que mudou na sua vida após começar o tratamento no CAPS.
- 3.** Fale-me o que você acha da estrutura física (espaços físicos, banheiros, mobiliário, ventilação, iluminação) do CAPS. Tem alguma coisa que você mudaria ou acrescentaria?

APÊNDICE VI

QUESTÕES NORTEADORAS DO GRUPO FOCAL COM FAMILIAR

1. Fale-me de como você vê o tratamento do seu familiar no CAPS.
2. Fale-me do apoio oferecido pelos profissionais do CAPS ao seu familiar em tratamento.
3. Conte-me como o serviço o ajuda a ter um suporte emocional para ajudar seu familiar em tratamento.
4. Fale-me o que você acha da estrutura física do CAPS. Tem alguma coisa que você mudaria ou acrescentaria?

APENDICE VII

CARTA-CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMOPOLIS DE MINAS/MG”. Este estudo tem como objetivos caracterizar o processo de implantação e avaliar a infraestrutura, o processo de trabalho e o cuidado ofertado na percepção dos trabalhadores, usuários e familiar do Centro de Atenção Psicossocial I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

Para este estudo será realizada entrevista individual com perguntas abertas para compreender acerca da infraestrutura, do processo de trabalho e do cuidado ofertado do Centro de Atenção Psicossocial I e ao final será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes da pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer constrangimento, penalidade ou modificação na forma como é atendido neste serviço. Sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo. A pesquisa apresentará um risco mínimo, pois durante a entrevista e grupo focal, os participantes podem se emocionar ou se sentir constrangido. Nesse caso as pesquisadoras farão escuta e acolhimento de forma a ampara-los.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada, nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que lhe seja necessário.

Natalia de Magalhaes Ribeiro Gomes

Mestranda em Enfermagem

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E PROFISSIONAIS CONVIDADOS

I – Dados de identificação

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMOPOLIS DE MINAS/MG”.

Pesquisadora: Natalia de Magalhães Ribeiro Gomes - Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. mrg.natalia@gmail.com

Coordenadora do Projeto - Prof^a. Dr.^a Maria Odete Pereira – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Prática da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. m.odetepereira@gmail.com

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Os objetivos gerais da pesquisa é caracterizar o processo de implantação e avaliar a infraestrutura, o processo de trabalho e o cuidado ofertado na percepção dos trabalhadores, usuários e familiar do Centro de Atenção Psicossocial I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

Para tanto: serão realizadas entrevistas individuais com perguntas abertas para compreender acerca da infraestrutura, do processo de trabalho e do cuidado ofertado do Centro de Atenção Psicossocial I e ao final será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterizar os participantes da pesquisa.

Sua participação é voluntária. O local, data e horário da entrevista será agendado de acordo com a sua disponibilidade. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e transcrita. Os dados serão utilizados somente para fim dessa pesquisa.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Esclareço também que você não terá nenhum gasto e nem será ressarcido por participar da pesquisa.

Nota: Este documento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o (a) senhor (a) e outra com as pesquisadoras.

V – Consentimento Livre e Esclarecido:

“Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa”.

Carmópolis de Minas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora (mestranda)

Nome completo do pesquisador responsável: Prof. Dra. Maria Odete Pereira

Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 513, Santa Efigênia

CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG

Tel.: (31) 3409-3940 – 31. 99808-0474

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Nome completo da Mestranda do PPGENF/EEUFMG

Natália de Magalhães Ribeiro Gomes

Tel. (31) 996368831

E-mail: nataliamrg@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais

Telefone: (31) 3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

APENDICE VIII

CARTA-CONVITE AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMOPOLIS DE MINAS/MG”. Este estudo tem como objetivos caracterizar o processo de implantação e avaliar a infraestrutura, o processo de trabalho e o cuidado ofertado na percepção dos trabalhadores, usuários e familiar do Centro de Atenção Psicossocial I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

Para este estudo será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes e realizado um grupo focal para que se possa compreender a percepção acerca dos cuidados ofertados e da infraestrutura do serviço.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer constrangimento, penalidade ou modificação na forma como é atendido neste serviço. Sua identidade será mantida no mais absoluto sigilo. A pesquisa apresentará um risco mínimo, pois durante a entrevista e grupo focal, os participantes podem se emocionar ou se sentir constrangido. Nesse as pesquisadoras farão escuta e acolhimento de forma a ampara-los.

Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada, nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que lhe seja necessário.

Natalia de Magalhaes Ribeiro Gomes

Mestranda em Enfermagem

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais. Telefone: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE OU DO REPRESENTANTE LEGAL DO PARTICIPANTE

I – Dados de identificação:

Nome do entrevistado _____

II - Dados sobre a pesquisa

Convidados o (a) Sr (a) para participar do estudo intitulado: “AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMOPOLIS DE MINAS/MG”.

Pesquisadora: Natalia de Magalhães Ribeiro Gomes - Mestranda no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. nataliamrg@hotmail.com

Coordenadora do Projeto - Prof^a. Dr.^a Maria Odete Pereira – Professora Associada do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. m.odetepereira@gmail.com

III – Registro das explicações acerca da pesquisa ao participante:

Os objetivos gerais da pesquisa é caracterizar o processo de implantação e avaliar a infraestrutura, o processo de trabalho e o cuidado ofertado na percepção dos trabalhadores, usuários e familiar do Centro de Atenção Psicossocial I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

Para tanto: será aplicado um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes e realizado um grupo focal para que se possa compreender a percepção acerca dos cuidados ofertados e da infraestrutura do serviço.

Sua participação é voluntária. O local, data e horário do grupo focal será agendado de acordo com disponibilidade dos participantes. Se concordar em do grupo, esse será gravada e transcrito. Os dados serão utilizados somente para fim dessa pesquisa.

IV – Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
3. Salvar da confidencialidade, sigilo e privacidade.

Nota: Este documento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o (a) senhor (a) e outra com as pesquisadoras.

V – Consentimento Livre e Esclarecido: “Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa, bem como meu familiar usuário do CAPS”.

Carmópolis de Minas, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura da coordenadora da pesquisa

Assinatura da pesquisadora (mestranda)

Nome completo do pesquisador responsável: Prof. Dra. Maria Odete Pereira

Endereço: Escola de Enfermagem, Avenida Professor Alfredo Balena, nº 190, sala 513, Santa Efigênia

CEP: 30130-100, Belo Horizonte – MG

Tel: (31) 3409-3940 – 31. 99808-0474

E-mail: m.odetepereira@gmail.com

Nome completo da discente de Mestrado do PPGENF/EEUFMG

Natália de Magalhães Ribeiro Gomes

Telefone: (31)996368831

E-mail: nataliamrg@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901 - Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Universidade Federal de Minas Gerais
Telefone: (31) 3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

10. ANEXOS

ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CARMÓPOLIS DE MINAS/MG

Pesquisador: Maria Odete Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34089620.1.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.329.244

Apresentação do Projeto:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os primeiros serviços comunitários implantados e que compuseram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, assumem especial relevância no cenário das práticas em Saúde Mental no país. A atenção psicossocial deve englobar a relação de envolvimento e responsabilização que se estabelece com o usuário, equipe e família, e entre esses e a comunidade. No entanto, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como de outros programas de saúde, depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais do município onde está implantado, que positiva ou negativamente influenciará na sua efetividade e resolatividade. Neste sentido, é perceptível, no campo da atenção psiquiátrica, a necessidade de avallar acerca da organização dos serviços de saúde mental, definindo sua utilidade, a efetividade e eficácia de suas práticas, além de reforçar a sua importância e fortalecer o seu funcionamento. Considerando o CAPS, como dispositivo estratégico, para enfrentamento da crise psíquica, o presente estudo tem como proposta caracterizar o processo de implantação e avallar a infraestrutura, o processo de trabalho e o cuidado ofertado na percepção dos trabalhadores, usuários e familiar do CAPS I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG. Trata-se de um estudo de caso único, interpretativo, de abordagem qualitativa. Será desenvolvido no CAPS I de um município da região Centro Oeste de Minas Gerais – MG. Os participantes da pesquisa serão o secretário de saúde do município, o coordenador e trabalhadores do CAPS I, os usuários e familiar também inseridos neste serviço.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/I 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.329.244

Para a caracterização do serviço será realizada entrevista

individual com a secretária de saúde do município, utilizando um instrumento semiestruturado para caracterização sociodemográfica e questões norteadoras voltadas para: atendimentos na área de saúde mental no município antes do CAPS I; as justificativas que levaram ao processo de implantação do CAPS I e o processo de implantação do serviço. Para a avaliação da infraestrutura, do processo de trabalho e do cuidado ofertado

no serviço será realizada entrevista com os trabalhadores e grupos focais com usuários e familiares do CAPS I. Os participantes serão escolhidos por conveniência, de modo a obter um grupo homogêneo e ao mesmo tempo representativo. Além disso, a pesquisadora se inserirá no CAPS,

participando de todas as atividades ofertadas, apenas para observar como as mesmas são desenvolvidas. Os dados de caracterização

sociodemográfica serão analisados por estatística descritiva. Para a avaliação da estrutura, do processo de trabalho e resultado será empregada a

técnica de Análise do Discurso de Minayo. Para realizar a análise dos dados coletados nas entrevistas e nos grupos focais será utilizado o software

Atlas.ti Cloud Beta versão 0.16.2-master. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, o pesquisador, orientado pelo referencial teórico, faz inferências e interpretações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar estrutura, processo de trabalho e resultado do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG.

Objetivo Secundário:

•Descrever o processo de Implantação do CAPS I do município de Carmópolis de Minas Gerais/MG;•Caracterizar os trabalhadores, os usuários e familiares deste CAPS I;•Avaliar estrutura, processo de trabalho e o cuidado ofertado neste CAPS I na percepção dos trabalhadores, usuários e familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresentará um risco mínimo, no entanto, durante a entrevista e grupo focal, os participantes, profissionais, usuários e familiares, podem se emocionar ou se sentir constrangido. Nesse caso as pesquisadoras farão escuta e acolhimento de forma a ampara-los. Ademais, o

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.329.244

participante estará ciente, por meio do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), que informará sobre a pesquisa e assegurando sua autonomia em participar ou não do estudo, sendo que o nome do mesmo não será evidenciado em nenhum momento do estudo, estando os seus direitos assegurados pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios:

Este estudo contribuirá para o planejamento da unidade e conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do CAPS I.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado e a metodologia adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto está adequada.

O parecer também está adequado e devidamente aprovado.

Os TCLEs foram elaborados para os diferentes participantes, mas devem ser reescritos para corrigir pequenas inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As inadequações dizem respeito apenas aos TCLE e são problemas menores que podem ser corrigidos sem necessidade de reter o processo em diligência.

Assim, como os documentos apresentações estão adequados, somos, S.M.J. favorável à aprovação do projeto, recomendando que sejam feitos os seguintes ajustes:

nos TCLEs:

- 1) fazer revisão para corrigir erros gramaticais e ortográficos;
- 2) Incluir informação sobre o armazenamento de dados da pesquisa após sua utilização;
- 3) Deixar claro que ao entrevistado, caso deseje esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, que ele pode entrar em contato com o COEP.
- 4) Informação sobre os benefícios do projeto para o participante;

No cronograma, rever datas para que a coleta de dados tenha início após aprovação do projeto pelo COEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.329.244

emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1566126.pdf	15/06/2020 15:26:52		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_USUARIO_FAMILIAR.pdf	15/06/2020 15:26:12	Maria Odete Pereira	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TRABALHADORES.pdf	15/06/2020 15:25:57	Maria Odete Pereira	Acelto
Solicitação registrada pelo CEP	Parecer_Projeto_2_2020.pdf	03/06/2020 20:16:08	Maria Odete Pereira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_do_municipio.PDF	02/06/2020 19:40:07	Maria Odete Pereira	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	02/06/2020 19:28:11	Maria Odete Pereira	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PROJETO_2020.pdf	02/06/2020 17:54:56	Maria Odete Pereira	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Outubro de 2020

Assinado por:
Crisla Carem Palva Fontalva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

