



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PAULO RICARDO TEIXEIRA MARQUES

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL I - DA REGIÃO DE SAÚDE ILHA DO BANANAL, TOCANTINS**

PALMAS - TO
DEZEMBRO/2018

PAULO RICARDO TEIXEIRA MARQUES

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL I - DA REGIÃO DE SAÚDE ILHA DO BANANAL, TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Gestão de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Tocantins - UFT, como requisito para obtenção do título de mestre em gestão de políticas públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lia de Azevedo Almeida

Co-orientador: Prof. Dr. Marcos Gontijo da Silva

**PALMAS - TO
DEZEMBRO/2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

M357a Marques, Paulo Ricardo Teixeira .
Avaliação da Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial I
- da Região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins. / Paulo Ricardo Teixeira
Marques. – Palmas, TO, 2018.
96 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2018.

Orientadora : Lia de Azevedo Almeida

Coorientador: Marcos Gontijo da Silva

1. Estrutura . 2. Processo. 3. CAPS. 4. Saúde. I. Título

CDD 350

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PAULO RICARDO TEIXEIRA MARQUES

**AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL I - DA REGIÃO DE SAÚDE ILHA DO BANANAL,
TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Gestão de Políticas Públicas da
Universidade Federal do Tocantins para obtenção
do título de mestre.

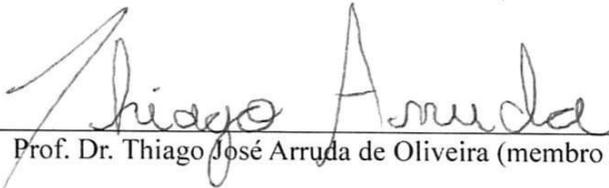
Orientador(a): Profa. Dra. Lia de Azevedo Almeida

Aprovada em 20/11/2018.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Lia de Azevedo Almeida (Orientadora)



Prof. Dr. Thiago José Arruda de Oliveira (membro interno)



Profa. Dra. Liliam Deisy Ghizoni (Membro externo)

Dedico este trabalho ao menino que nunca sonhou em ser mestre de coisa alguma, mas que sempre sonhou e lutou para vencer na vida pelo caminho dos estudos e do trabalho.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram os momentos em que eu pensei em desistir, sejam pelas dificuldades ou pelo medo de fracassar, mas aquele ímpeto de superação se fez presente mais uma vez em minha vida.

A Minha amada esposa, Glenda Marques Monturil, pelo apoio e compreensão, pelo amor, carinho e dedicação.

Aos meus pais, José Batista Marques e Shirley Teixeira Marques, meus exemplos de honestidade e de disposição para encarar a vida de frente.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Lia de Azevedo Almeida e ao meu co-orientador Prof. Dr. Marcos Gontijo da Silva por aceitarem fazer parte desta jornada, pelas orientações, correções e palavras de incentivo.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde, abertos e comunitários que realizam acompanhamento clínico diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e auxiliam na reinserção social através de práticas terapêuticas que envolvem, entre outras atividades, o trabalho e o lazer. O papel do CAPS é o de promover o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, reintegrando-os à vida social e a convivência familiar. O objetivo geral deste estudo foi de avaliar a estrutura e processo dos CAPS I, a partir da visão dos profissionais destes centros. Os objetivos específicos foram: avaliação da estrutura organizacional dos CAPS quanto às dimensões físicas, recursos humanos e materiais; avaliação do processo de trabalho nos CAPS e elaboração de um relatório para os gestores municipais de saúde com propostas de melhorias na estrutura e processo de acordo com as deficiências encontradas. Foram estudados os CAPS da Região de Saúde “Ilha do Bananal”, sendo os CAPS I (nos municípios de Formoso do Araguaia e Gurupi) que atendem pacientes com transtornos mentais diversos. No referencial teórico buscou-se compreender aspectos relacionados ao histórico das políticas públicas em saúde mental; os CAPS no contexto dos serviços de saúde mental; avaliação em saúde e avaliação da qualidade nos CAPS. A metodologia adotada foi de natureza quantitativa e qualitativa. A coleta de dados deu-se por um questionário com 102 perguntas norteadoras. Foi observado na dimensão “processo”, em relação às condições de trabalho, 50% dos participantes relataram que melhorou pouco, 25% relataram que as condições de trabalho pioraram desde que entraram no emprego e os outros 25% relataram que não mudaram nada desde que entraram no emprego. Em relação ao contato individualizado do paciente, 100% responderam que seria necessária uma frequência mais adequada de contato individual, entre os membros da equipe e o paciente, de pelo menos uma vez ao dia. A falta de trabalho em rede obteve os piores resultados, ou seja, os pacientes necessitam de outros serviços que o CAPS não disponibiliza. Falta de apoio da comunidade, falta de apoio da secretaria em relação aos atendimentos do CAPS também foram relatados. Quanto à dimensão da “estrutura” no que refere-e a participação no processo de avaliação, 50% responderam indiferentes, 25% responderam muito satisfeitos, 25% responderam satisfeitos. Em relação às opiniões dadas no serviço, 50% responderam que estão satisfeitos, 25% insatisfeitos e 25% muito insatisfeitos. Já em relação ao clima no ambiente de trabalho, 100% responderam que estão satisfeitos. No que tange a dimensão estrutura, como resultado insatisfatório observou-se a sobrecarga, trabalhos controlados pelos superiores, falta de estímulos, salários insatisfatórios. Sugere-se então aos gestores municipais uma maior participação da gestão nas reuniões para atenção dos cuidados da saúde, física e mental, com capacitação permanente para melhor preparação dos mesmos. Apoio em relação aos atendimentos prestados e valorização dos profissionais dos CAPS I. Neste sentido notamos que a avaliação dos serviços de saúde mental se torna imprescindível para análise da efetivação das práticas psicossociais, dinâmica do serviço, implementação e compromisso com a proposta da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Estrutura, Processo, CAPS, Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are open, community health services that provide daily clinical follow-up to people with severe and persistent mental disorders and assist in social reinsertion through therapeutic practices involving, among other activities, work and play. The role of CAPS is to promote the development of users' autonomy and citizenship, reintegrating them into social life and family life. The general objective of this study was to evaluate the structure and process of CAPS I, from the perspective of the professionals of these centers. The specific objectives were: evaluation of the organizational structure of the CAPS regarding physical dimensions, human resources and materials; evaluation of the work process in the CAPS and elaboration of a report for the municipal health managers with proposals of improvements in the structure and process according to the deficiencies found. The CAPS of the "Bananal Island" Health Region were studied, being the CAPS I (in the Formoso do Araguaia and Gurupi cities) that attend patients with diverse mental disorders. In the theoretical framework we sought to understand aspects related to the history of public politics on mental health; the CAPS in the context of mental health services; health and quality assessment in CAPS. The methodology was quantitative and qualitative. The data collection was done through a questionnaire with 102 guiding questions. It was observed in the "process" dimension, in relation to working conditions, 50% of the participants reported that they improved little, 25% reported that working conditions worsened since they entered employment and the other 25% reported that they have not changed since they entered in the job. Regarding the patient's individualized contact, 100% answered that a more adequate frequency of individual contact between the team members and the patient would be required at least once a day. Lack of networking got the worst results, ie, patients require other services that CAPS does not provide. Lack of community support, lack of support from the secretariat in relation to CAPS care was also reported. Regarding the dimension of "structure" in what refers to participation in the evaluation process, 50% responded indifferently, 25% responded very satisfied, 25% responded satisfied. Regarding the opinions given in the service, 50% answered that they are satisfied, 25% dissatisfied and 25% very dissatisfied. In relation to the climate in the workplace, 100% said they are satisfied. Regarding the structure dimension, as an unsatisfactory result, we observed the overload, work controlled by superiors, lack of incentives, unsatisfactory wages. It is suggested that municipal managers increase the participation of management in meetings for health, physical and mental care, with ongoing training to better prepare them. Support regarding care and enhancement of professional CAPS I. In this sense we note that the evaluation of mental health services becomes essential for the analysis of the effectiveness of psychosocial practices, service dynamics, implementation and commitment to the proposal of psychiatric reform.

Keywords: Structure, Process, CAPS, Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Região de Saúde – Ilha do Bananal, Estado do Tocantins, Brasil.....	14
Figura 2 – Linha do tempo, acontecimentos históricos da Saúde no Brasil.....	19
Figura 3 – Sede do CAPS I, Cidade de Gurupi - TO.....	47
Figura 4 – CAPS, Cidade de Formoso do Araguaia.....	47
Quadro 1 – Classificação das políticas públicas segundo Salisbury (1986).....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos participantes de acordo com idade e sexo.....	52
Tabela 2 - Caracterização dos participantes de acordo com formação acadêmica.....	52
Tabela 3 - Distribuição dos profissionais do CAPS de acordo com as características do serviço.....	54
Tabela 4 - Relação entre as condições de trabalho e a sobrecarga dos profissionais que atuam nos CAPS I.....	59
Tabela 5 - Pontos positivos, negativos, falhas de gestão e incoerências dos indicadores de sustentabilidade do CAPS I.....	62

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

CAPS – Centro de Ateno Psicossocial

ESF – Equipes de Sade da Famlia

MS – Ministrio da Sade

SUS – Sistema nico de Sade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Problemática da Pesquisa	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
2.3 Justificativa e Relevância	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	17
3.1.1 Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização.....	19
3.1.2 Rede de Atenção à Saúde Mental	23
3.2 OS CAPS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL	25
3.2.1 O Papel dos CAPS e de suas equipes	27
3.2.1.1 Sofrimento Psíquico	30
3.3. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	31
3.3.1 Políticas Públicas: Conceitos e Tipos.....	31
3.3.2 Avaliação de Políticas Públicas.....	33
3.3.3 Avaliação em Saúde	35
3.3.4 Tríade de Avedis Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado.....	37
3.3.4.1 Tríade de Donabedian e o CAPS	42
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
4.1 Área de Estudo.....	46
4.2. Enquadramento Teórico-Metodológico.....	47
4.3. População	48
4.4 Instrumento de Coleta de Dados	49
4.5 Período do Estudo.....	49
4.6 Análise dos Dados	49
4.7 Critérios de Inclusão e Exclusão	49
4.8 Procedimentos Éticos	50
4.8.1 Especificação dos Riscos, Prejuízos, Desconfortos, Lesões que podem ser provocadas pela pesquisa.....	50
4.8.2 Desfecho Primário ou Devolução dos Dados para a População Pesquisada.....	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 Características dos Servidores	51

5.2 Processo nos CAPS	55
5.3 Estrutura dos CAPS	58
5.4 Conclusão do Tópico	61
5.5 Relatório para os Gestores Municipais.....	63
6 CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais, econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

Quando a atual Constituição Federal determinou a saúde como direito de todos, criou para os entes federativos a obrigação de organizar e colocar para funcionar um sistema de saúde que fosse capaz de garantir, também, a integralidade de ações e serviços de saúde mental.

Ao longo destes 29 anos de promulgação da Carta Magna foram criados inúmeros outros instrumentos legais com o intuito de operacionalizar o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo por objetivo garantir o acesso à saúde em sua totalidade, incluindo a saúde mental. Uma vez que a saúde deve ser considerada em todos os seus aspectos, incluindo o espectro mental em toda sua complexidade e níveis de assistência à saúde. Mais tarde a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica do SUS), em seu parágrafo único determinou que as ações de saúde fossem destinadas ao indivíduo e coletividade de forma a garantir não só o bem-estar físico e social, mas também o mental (BRASIL, 1990).

No entanto, apesar da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde prever a assistência à saúde mental, somente após 13 anos que foi promulgada uma lei específica para reorganizar o modelo de assistência à saúde mental, colocando fim ao modelo hospitalocêntrico que imperou por séculos. Esta lei foi intitulada de Paulo Delgado ou Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001. A partir desta lei surge a chamada Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental adota como principal estratégia, para sua implementação e consolidação, os Centros de Atenção Psicossocial intitulados de CAPS. Os CAPS representam um novo modelo de assistência à saúde aos portadores de transtornos mentais. Este novo modelo só foi possível graças ao movimento da chamada Reforma Psiquiátrica que ocorreu no fim da década de 70 (BRASIL, 2004).

Os CAPS, desde 2002, são a reorganização do modelo de assistência à saúde mental de um formato que ignorava a dignidade, o pudor, a intimidade e os direitos dos portadores de transtornos mentais para um formato que visa à preservação de garantias fundamentais e constitucionais, além da busca pela qualidade da assistência à saúde mental (BRASIL, 2002).

Os CAPS, por sua vez, oferecem um atendimento em saúde mental a nível ambulatorial, para tanto, contam com equipes multidisciplinares compostas por: médicos especialistas em saúde mental, psiquiatras, psicólogos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, digitadores, auxiliares de serviços gerais, cozinheiras vigilantes entre outros profissionais (BRASIL, 2002).

A Região de Saúde Ilha do Bananal está localizada na região sul do Estado do Tocantins e compreende a população de 18 municípios. Sendo que a cidade de Gurupi é considerada como referência. Sendo os outros 17 municípios: Aliança do Tocantins, Alvorada, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Jaú do Tocantins, Palmerópolis, Peixe, Sandolândia, Santa Rita do Tocantins, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira e Talismã.

A Região de Saúde Ilha do Bananal possui três Centros de Atenção Psicossocial, distribuídos da seguinte forma: duas unidades em Gurupi (CAPS I e CAPS AD III), inauguradas nos anos de 2001 e 2012, respectivamente. E por fim, uma unidade na cidade de Formoso do Araguaia (CAPS I), inaugurada em 2010. As referidas unidades são responsáveis pelo atendimento da demanda em saúde mental de seus municípios e cidades circunvizinhas, integrantes da chamada região de saúde, conforme determinações da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Tocantins.

Os CAPS I atende demandas relativas a transtornos mentais diversos, sendo mais frequente o acompanhamento e tratamento de usuários com diagnóstico de depressão, bipolaridade, esquizofrenia, síndrome da ansiedade generalizada entre outros. E o CAPS AD III especializado no tratamento de dependentes químicos em drogas lícitas e ilícitas.

Os CAPS da referida região de saúde, assim como os CAPS em todo Brasil, integram uma rede de serviços públicos de saúde considerados como estratégicos, dentro da Política Nacional de Saúde Mental. Contando, ainda, com o apoio das unidades básicas de saúde, hospitais de referência e/ou hospitais psiquiátricos, ambulatórios, unidades de pronto atendimento, serviços médicos de urgência e emergência etc.

Figura 1 - Região de Saúde – Ilha do Bananal, Estado do Tocantins, Brasil



Fonte: TOCANTINS (2013)

Os CAPS têm por finalidade o acompanhamento e tratamento de portadores de transtornos mentais, buscando sempre o alívio do sofrimento psíquico, a saúde e a qualidade de vida dos usuários e a reinserção social dos mesmos; prezando pelo respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais e a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2002).

Todo esse esforço em torno da construção de um sólido arcabouço legal permitiu validar as políticas públicas voltadas para a assistência em saúde mental. O que representou um significativo avanço na forma de acompanhar e tratar os portadores de transtornos mentais. No entanto, mesmo após grandes conquistas relacionadas à garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais, ainda existem questões complexas que envolvem a formação de profissionais capacitados para atuarem no campo da saúde mental, além dos aspectos estruturais destes serviços especializados e da gestão dos processos de trabalho. Esta pesquisa, por sua vez, se propõe a analisar esses desafios nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins. Desta forma, estudaremos a Avaliação da Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial I - Da Região De Saúde Ilha Do Bananal, Tocantins, na perspectiva dos servidores.

1.1 Problemática da Pesquisa

Segundo Brasil, (2004) CAPS são instituições dedicadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, sendo responsável por estimular sua integração social e familiar, apoiar suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo atendimento médico e psicológico. Tem como característica principal a integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território” [...].

De acordo com a Política de Humanização do Ministério da Saúde o conceito de ambiência foi incorporado à saúde mental, referindo-se a aspectos relacionados à estrutura física e material do CAPS, sendo considerado como espaço social, profissional e relacional, focando, sobretudo, a dimensão qualitativa, onde permite atuar em um serviço em que a cor, o conforto, a privacidade, a segurança, o sentir-se acolhido e a oferta de espaços de expressão de subjetividades são decisivos no processo de atenção psicossocial (KANTORSKI et al., 2011).

As atividades desenvolvidas no CAPS deverão ser realizadas em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais. Obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, compreendendo várias modalidades de tratamento (BRASIL, 2004).

Ao iniciar o serviço de saúde mental em 1989, havia falta de recursos e as pessoas que trabalhavam nessa rede de cuidados eram designadas para esta área por motivo de punição ou porque não tinham um bom desempenho em outros lugares. Com o passar dos anos, o serviço foi se estruturando e ampliando seus espaços na sociedade, propagandas na mídia, participação em eventos sociais, tais como: seminários e conferências. Houve articulações políticas, melhorias nas condições do serviço e implantação da residência terapêutica, porém a falta de materiais pode viabilizar uma situação de crise, sendo um problema enfrentado por alguns profissionais do CAPS, impossibilitando um adequado funcionamento do serviço (KANTORSKI et al., 2011).

Os trabalhos realizados nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, devendo contar com espaço próprio e adequado. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, porém devem ser capazes de oferecer um ambiente estruturado, atendendo as demandas (BRASIL, 2004).

Determinou-se como problema de pesquisa: qual a percepção dos gestores e demais profissionais que atuam nos CAPS I da Região de Saúde Ilha do Bananal (Tocantins), em relação às dimensões de estrutura e de processo de trabalho?

Em relação ao aspecto de estrutura buscou-se avaliar a visão dos profissionais no que diz respeito a espaço físico, recursos humanos e de materiais/insumos. Já em relação ao aspecto de processo buscou-se a visão dos profissionais sobre como se desenvolvem as etapas do trabalho no dia a dia.

Razão pela qual, o presente estudo visa avaliar os aspectos de estrutura e de gestão do processo de trabalho dos CAPS I da Região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins, no ano de 2018.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as dimensões de estrutura e processo a partir da percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I) da Região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a estrutura organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I) quanto às dimensões físicas, recursos humanos e materiais;
- Avaliar o processo de trabalho nos CAPS I;
- Elaborar um relatório para os gestores municipais de saúde, com propostas de melhorias na estrutura e processo, de acordo com as deficiências encontradas.

2.3 Justificativa e Relevância

A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada (DESLANDES, 1997). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos, de base comunitária, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade, oferecendo cuidados diários e diversificados (MIELKE et al., 2009).

Os CAPS preconizam o atendimento territorializado, com inclusão da família no tratamento ou reabilitação, orientando o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente, com respeito à sua subjetividade (MIELKE et al., 2009).

O presente estudo justifica-se, principalmente, pela premência de olhar para essas modalidades públicas de atenção psicossocial, buscando monitorar suas ações, estrutura organizacional, dimensões físicas, recursos humanos e materiais, e o processo de trabalho.

Estudar os Centros de Atenção Psicossocial I implica em acompanhar a construção de serviços que se proponham a atender a reinserção dos usuários de forma resolutiva a partir de uma intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos.

A avaliação de serviços de saúde é uma temática já consolidada no campo da pesquisa, porém nenhum outro trabalho nesse sentido foi encontrado no Tocantins, no que diz respeito a avaliação dos CAPS. Busca-se, ainda, analisar esse contexto, visto a necessidade de estrutura física adequada, recursos materiais e humanos capacitados são primordiais para o bom funcionamento do sistema. Uma vez que, isso refletirá na reabilitação e reinserção do paciente no meio social e familiar, auxiliando no autocuidado, ou seja, aumentando a qualidade do serviço e possibilitando a autonomia do usuário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Serão abordadas, no decorrer deste capítulo, as políticas públicas em saúde mental, adotadas antes e depois do advento da reforma psiquiátrica. Para tanto, serão apresentados e discutidos os principais marcos históricos envolvidos na “desinstitucionalização” dos portadores de transtornos mentais e na construção de uma rede de atenção à saúde mental no Brasil com enfoque estratégico nos centros de atenção psicossocial. Será apresentado também o arcabouço teórico sobre a avaliação de políticas públicas, especialmente a avaliação em saúde e o modelo de Donabedian que propõe a avaliação em três dimensões (estrutura, processos e resultados) que será utilizada nesta pesquisa.

3.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Durante o século XIX com a solidificação da nação brasileira como um país independente, os loucos passaram a ser vistos como uma ameaça à ordem pública, ou seja, todo indivíduo que fugisse ao padrão aceitável pela sociedade deveria ser retirado do convívio

entre os seus. A internação de portadores de transtornos mentais em manicômios ou hospícios teve seu início neste período e desde então a assistência a estes indivíduos foi sinônimo de reclusão em unidades de natureza hospitalar (PASSOS, 2009). Para Silva, Barros e Oliveira (2002) a psiquiatria do século XIX se restringiu a recolher e a excluir.

Segundo Fonte (2012) os hospícios eram locais para o tratamento de “alienados” ou loucos. Nessa ânsia de curar os loucos era necessário isolá-los do convívio familiar e comunitário, uma vez que suas famílias não teriam condições de garantir a segurança dos mesmos e das pessoas a sua volta. A loucura sempre fora carregada socialmente de aspectos negativos, tais como: a periculosidade, a insensatez e a incapacidade (GONÇALVES; SENA, 2001).

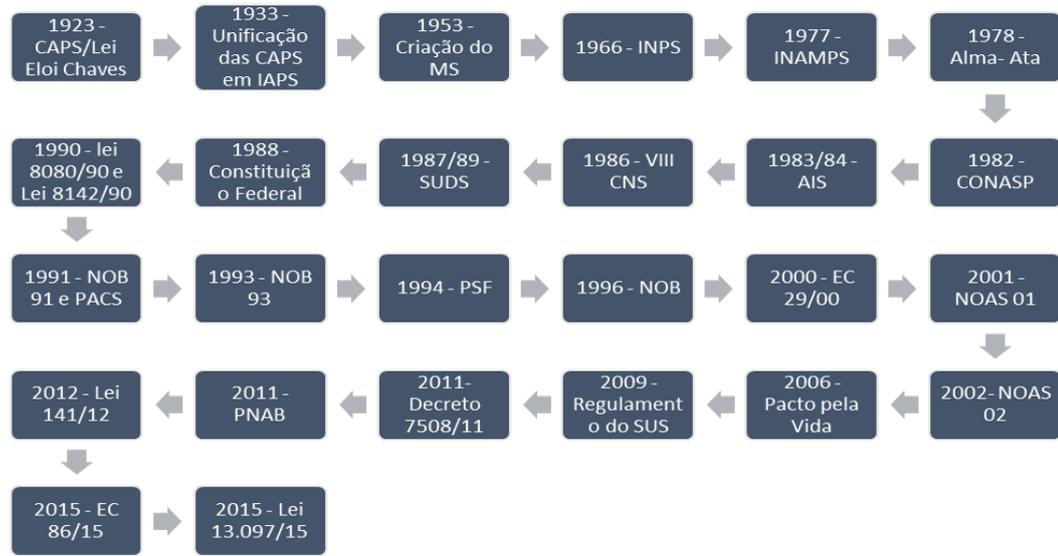
Fonte (2012) relata que durante séculos, pessoas portadoras de transtorno mental foram tratadas de maneira negligenciada, e as leis que amparassem os seus direitos como cidadãos e usuários do sistema de saúde eram praticamente inexistentes.

Sobre o tratamento dos portadores de transtornos mentais, Gonçalves e Sena (2001) discorrem que a história da psiquiatria no Brasil sempre esteve atrelada à supremacia do saber médico que, por sua vez, firmava suas bases em um modelo de internações em unidades hospitalares, denominado, por sua vez, de modelo hospitalocêntrico. A oferta de atendimento hospitalar concentrou-se principalmente nas grandes cidades e centros econômicos do país, deixando muitas regiões ausentes de qualquer assistência em saúde mental (GONÇALVES; SENA 2001).

Segundo Fontes (2011) as unidades hospitalares centralizavam a assistência ao portador de transtorno mental, persistindo, praticamente, como única forma de acesso aos serviços psiquiátricos no Brasil. Nesses locais, eram praticados procedimentos considerados como maus-tratos, levando mais tarde a uma ampla insatisfação e discussão sobre a temática.

O primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro, e teve como inspiração o modelo asilar francês (elaborado por Pinel e Esquirol). Mais tarde, vários outros hospitais foram sendo construídos em diversas regiões do país, e *a priori* todos utilizavam do mesmo tratamento para com os alienados, ou seja, imposição de reclusão, privação, sofrimento e maus tratos (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Já durante a década de 1920, a psiquiatria passa a pretender a recuperação das raças e a constituição de coletividades sadias, colocando-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando um maior poder de intervenção (FONTE, 2012). A figura 2 a seguir, mostra os principais acontecimentos históricos da área da Saúde no Brasil:

Figura 2 - Linha do tempo, acontecimentos históricos da Saúde no Brasil



Fonte: SOUZA, (2017)

As décadas de 1940/1950 foram marcadas pela ampliação de hospitais públicos no Brasil, todavia a psiquiatria ainda tentava se firmar como saber médico, e pouco se transformou em relação à melhoria da qualidade de vida dos pacientes (FONTE, 2012).

3.1.1 Reforma Psiquiátrica e a Desistitucionalização

A proposta de reforma psiquiátrica desenvolvida por Franco Basaglia em meados 1968 na Itália serviu de inspiração ao atual modelo assistencial brasileiro, e está centrada no restabelecimento do lugar social daquele que está em sofrimento psíquico (FONTE, 2012). Gonçalves e Sena (2001, p.50) afirmam que “a substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade”.

Além disso, nos Estados Unidos, em 1970, surge a psiquiatria preventiva comunitária, tendo origem da psiquiatria de setor e da comunidade terapêutica, velozmente adotada como política de saúde mental, mudando o foco de doença para a saúde mental no sentido de impedir tudo o que, na sociedade, pudesse prejudicar o bem-estar dos cidadãos (RIBEIRO, 2004).

Desta forma, a discussão ao redor da necessidade de humanização do tratamento do doente mental teve seu início na década de 1970, momento em que diversos setores da

sociedade brasileira se mobilizaram em torno da redemocratização do país, visto que o país passava por uma severa ditadura militar (FONTE, 2012).

Neste sentido, Rosa e Vilhena (2012) apontam que o tratamento da saúde mental passou por uma fase de início de valorização, quando começou a surgir pensamentos relevantes contrários ao tratamento mental das pessoas que fugiam dos padrões de normalidade ao qual a sociedade estipulava, era, simplesmente, o começo da mudança da forma de olhar o “louco”, da luta antimanicomial, da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais. Entende-se pelo processo de desinstitucionalização a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços ambulatoriais de saúde mental. Boarini (2000) ressalta a desinstitucionalização como um processo capaz de produzir com originalidade uma sociedade fundamentada no exercício pleno da cidadania, da liberdade, da justiça social e no pleno respeito aos diferentes, entre outros princípios.

O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um dos primeiros movimentos de grande mobilização e luta pela saúde mental no Brasil, em meados de 1978 (ARANTES; TOASSA, 2017). Neste momento, alguns grupos de técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais, organizações comunitárias e afins começam a criar uma sistematização de pensamento contra-hegemônico na assistência em saúde mental (FONTE, 2012).

Conforme Paulin e Turato (2004) a partir do cenário de violação aos direitos humanos, surge, na década de 80, uma mobilização de usuários, familiares e profissionais da saúde objetivando negar o modelo hospitalocêntrico vigente até então. A este movimento foi dado o nome de reforma psiquiátrica. Esta reforma foi impulsionada principalmente pelas experiências exitosas dos países europeus na substituição do modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços não hospitalares, com ênfase na autonomia do paciente e no vínculo com a família, o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil foi então tomando corpo e força.

As mudanças mais decisivas na legislação em saúde mental no Brasil aconteceram com a redemocratização do país, durante a década de 1980, estimulada por dois grandes movimentos, dos trabalhadores em saúde mental e pela reforma sanitária, influenciados pela sociedade civil, mudanças essas pautadas no tentame de superação do modo asilar (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Neste mesmo sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008), também apontam a década de 1980 como o período de desenvolvimento dos primeiros ambulatoriais de saúde mental, em razão da

luta pelos direitos e pela dignidade das pessoas com transtornos mentais e consolidação da reforma psiquiátrica.

No final da década de 80, houve mudanças significativas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a criação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) uma vez que ambas apontavam para a construção do Sistema Único de Saúde e para os processos de descentralização político-administrativa da saúde, propiciando o surgimento de novas formas de cuidado em saúde mental (VASCONCELOS, 2008).

O período entre os anos de 1992 e 2001, conhecidos como segunda grande fase do processo da reforma psiquiátrica, representou a implantação da estratégia de desinstitucionalização no país, como também a consolidação e o amadurecimento do Movimento Antimanicomial (VASCONCELOS, 2008), que teve início na década de 70 com a luta pela garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil, mais especificamente, dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Este longo processo de luta social culminou com a consolidação da reforma psiquiátrica no ano de 2001. Com a aprovação da Lei nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, assim, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Sua principal bandeira está na mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade (BRASIL, 2001).

O movimento denominado de reforma psiquiátrica aboliu as características do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e onde tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, provocando a cronicidade e a exclusão dos pacientes mentais em todo o país (GONÇALVES; SENA, 2001).

Para Brasil (2007) o movimento da reforma psiquiátrica cria um novo paradigma de atenção em saúde mental, que por sua vez, nasce para “curar” as cicatrizes deixadas pelo modelo hospitalocêntrico. Construindo, desta forma, novas referências conceituais para os conceitos de loucura e sofrimento psíquico, além de se debruçar sobre o seu tratamento. Isso vislumbra, por fim, um novo cenário para o usuário e familiares na comunidade, respeitando o componente cultural, essencial ao êxito do processo de reforma psiquiátrica.

Para Gonçalves e Sena (2001, p.49) a reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental.

Camatta e Schneider (2009) relatam que as propostas da reforma psiquiátrica idealizadas estiveram pautadas no modo psicossocial e que o processo de mudança paradigmática desencadeado pela adoção desta postura tem levado a crises e mudanças no campo da saúde mental.

O Brasil tornou-se ciente da importância do movimento e reformulação da saúde mental décadas após o advento da reforma psiquiátrica, adotadas em outros países, como a Itália. Com esta reforma, tornaram-se possíveis resultados satisfatórios no tratamento de portadores de transtornos mentais, como consequência de uma reformulação baseada em experiência na busca de melhorias da saúde mental dos países que procuravam se estruturalizar com nova forma de tratamento mental, como os ingleses e franceses e, principalmente, no país pioneiro da luta, a Itália (ROSA; VILHENA, 2012).

Sobre a reforma psiquiátrica, pode se inferir que ela representou uma profunda transformação nas políticas públicas em saúde mental, com ênfase ao atendimento comunitário da pessoa com sofrimento psíquico em detrimento da internação em hospitais. Desta forma, objetivou-se no processo de tratamento, a possibilidade de reinserção social dos usuários, sempre pautando pelo suporte familiar e comunitário (FONTES, 2011).

Desde meados da década de 1980, a política de saúde mental, construída e pactuada por diferentes atores sociais, preconizou e almejou profundas transformações do atendimento e dos cuidados ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Ainda em meados da década de 1980 algumas experiências municipais culminaram na desinstitucionalização de indivíduos que estavam internados em hospícios, surgindo aí os primeiros serviços de atenção psicossocial com a finalidade de reinserção dos mesmos (BRASIL, 2013).

O processo de desinstitucionalização, ou seja, a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços ambulatoriais de saúde mental vem avançando expressivamente, graças à criação de mecanismos para a diminuição de leitos psiquiátricos no país e a expansão de aparelhos substitutivos como os centros de atenção psicossocial (CAPS), núcleos de atenção psicossocial (NAPS), hospitais-dia, centros de convivência, serviço de urgência e emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral e serviços residenciais terapêuticos (SRTs) (FONTE, 2012).

A desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do programa nacional de avaliação dos serviços hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que foi criado em 1988 e reimplantado em 2001. Esse programa vem conseguindo vistoriar a totalidade dos hospitais

psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, fazendo com que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e que viola o respeito aos direitos humanos sejam retirados do sistema, sem acarretar desassistência para a população (BRASIL, 2005). A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais críticos e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. (BRASIL, 2005, p. 15).

No sentido de desinstitucionalização, o Ministério da Saúde criou na terceira etapa da reforma psiquiátrica (década de 2000) as primeiras linhas específicas de financiamento para custear os serviços abertos e substitutivos ao hospital (BARROS; SALLES, 2011). Para tanto, novos mecanismos, também, foram criados no intuito de fiscalizar e gerir a redução gradativa de leitos psiquiátricos no Brasil, daí em diante, se vislumbrou uma rede de atenção em franco desenvolvimento, sendo capaz de atingir regiões onde os hospitais psiquiátricos eram tradição (BRASIL, 2005).

3.1.2 Rede de Atenção à Saúde Mental

A partir da década de 1990 vem se desenhando o quadro de políticas públicas em saúde mental voltadas para a construção de uma rede de saúde mental nos estados e municípios, tendo por estratégia a implementação e consolidação de serviços ambulatoriais em substituição ao modelo de psiquiatria hospitalar (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

O fomento ao desenvolvimento das chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos estados e municípios, no intuito de promover os princípios do SUS tais como: a integralidade, universalidade e equidade da saúde, ganha força em meados da década de 90 e se oficializa a partir da Portaria GM nº 4.279, publicada em dezembro de 2010 (BRASIL, 2012). As RAS são caracterizadas por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

As primeiras RAS têm origem na Inglaterra, em meados de 1920, passando a ser alvo de ampla discussão dentro dos programas de saúde no Brasil em 2006, a partir da vigência do chamado Pacto pela Saúde, que foi um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas: união, estados e municípios, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS (BRASIL, 2006).

No contexto atual, ainda se adota pontualmente o entendimento de que as RAS são maneiras variadas de colocar o SUS para funcionar, para tanto, devem integrar e receber o fomento de variados setores de suporte e organização ligados ao SUS. Além disso, as RAS possuem o papel de garantir a integralidade da assistência em saúde dos usuários do sistema de saúde a partir das ações e serviços contemplados dentro da atenção básica (BRASIL, 2012).

As RAS são difundidas pelo Ministério da Saúde para articular e integralizar o SUS em todos os entes federativos. Essa articulação, outrora prezava pela hierarquia, fragmentação e medicalização das ações e serviços de saúde, desta forma, não se alcançava a efetividade e a resolutividade das necessidades ou demandas dos usuários do SUS. Para tanto, variados estratagemas foram empregados a fim de motivar todos os envolvidos no SUS (estudantes, profissionais e gestores da saúde, e pesquisadores) e com isso qualificar a atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A estrutura operacional das RAS, de acordo com a portaria nº 4.279, onde suas conceituações no âmbito do SUS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Neste tocante, após pactuação tripartite, em 2011, priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Neste sentido, iremos relatar sobre a rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um segmento do SUS, que segue todos os princípios norteadores previstos na constituição e nas leis específicas que regem este sistema de saúde, como a 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. A referida lei menciona que “Somente uma rede com seu potencial de construção coletiva de soluções é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolutividade e a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais” (BRASIL, 2007, p. 11), vemos que o tratamento ao portador de doença mental deverá partir de duas grandes premissas: o fomento ao desenvolvimento de uma nova perspectiva em relação ao doente mental e a construção de uma rede de cuidados que permita ao portador de transtorno mental viver em sociedade da melhor forma possível.

Conforme relata Fontes (2011), a rede de saúde mental necessita de parceria de outros programas de saúde, formando uma rede de atenção à saúde com foco no cuidado do usuário, sendo uma rede interligada e integrada, capaz de sanar as necessidades básicas de saúde até as mais complexas do indivíduo e comunidade, objetivando um cuidado continuado.

As ações e estratégias do Ministério da Saúde no departamento Saúde Mental constituem de preciosas atuações políticas norteadas para o contexto da formação permanente, avaliação e supervisão territorial e institucional dos CAPS, tendo como aliados representantes dos interesses diretos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

3.2 OS CAPS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Neste tópico serão abordadas questões envolvendo os centros de atenção psicossocial (CAPS) enquanto serviço de saúde que compõem a rede de atenção à saúde mental no Brasil, levando em consideração os aspectos de estrutura e funcionamento.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, define o modelo de atenção à saúde mental com foco na atenção comunitária, participação social e ênfase na atenção ao usuário de crack, álcool e outras drogas, com um modelo de gestão regional. Os objetivos dessas Diretrizes contemplam o aumento do acesso do usuário através de diversas portas de entrada e o foco no usuário de substâncias psicoativas (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial mencionados nos tópicos anteriores, podemos citar os CAPS, SRT, os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

A Portaria nº 224 do Ministério da Saúde definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e, dez anos após, a Portaria nº 336/GM, criada em 19 de fevereiro de 2002, pelo Ministério da Saúde, atualizou a sua regulação, reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Os CAPS, como relatado, tratam de um serviço de saúde comunitário dedicado ao tratamento de pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental (BRASIL, 2002).

Nascimento e Galvanese (2009) ressaltam as atualizações conferidas pela Portaria n.º 336 de 2002 que trazem o entendimento de que os CAPS foram criados para o atendimento de adultos portadores de transtornos mentais graves, de crianças e adolescentes e aos usuários de substâncias entorpecentes ou psicoativas.

Na mesma perspectiva, Wetzel e Kantorski (2004) destacam que os CAPS nascem como principal estratégia oriunda da reforma psiquiátrica, tendo por finalidade a substituição das unidades hospitalares por unidades ambulatoriais. Estas unidades, por sua vez, têm sido operacionalizadas pelos municípios de forma a promover um sistema comunitário de saúde mental inclusivo e sem sofrimento psiquiátrico.

Rosa e Vilhena (2012) relatam que os chamados “loucos”, até tempos atrás, eram trancados em grandes manicômios, isolados da sociedade, e hoje vivem em instituições de saúde mental (os CAPS) com portas abertas, passeando, assistindo televisão na sala de entrada e, sobretudo, livres. Ainda segundo os autores, os CAPS ganharam aspectos mais humanitários e dignos de seus méritos por ver seus usuários como pessoas iguais a qualquer outra, respeitando suas diferenças e potencialidades. Dessa forma, dotadas de total direito de serem respeitadas, tratados, olhados, socializados, acolhidos, inclusos e integrados numa sociedade, independente de sua complicação psíquica.

Para Wetzel et al. (2011, p. 2139) “O CAPS além de considerar o processo saúde-doença como resultante de processos sociais mais complexos, é um lugar de tratamento da doença, em que as dimensões biopsicossociais estão entrelaçadas no cuidado com a crise”.

A chamada reabilitação psicossocial proposta pelos CAPS tem por intuito promover a comunicação e estabelecer relações e vínculos com os usuários dos serviços de saúde mental. Redefinindo, assim, a concepção do transtorno psíquico ao ponto de compreendê-lo como parte da história de vida do portador de transtorno mental e de sua família, por se tratar de uma condição severa e permanente (KANTORSKI et al., 2006).

O Ministério da Saúde entende que as ações e serviços de saúde mental no âmbito da atenção básica podem e devem ser praticadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar do portador de transtorno mental de forma a empregar os conceitos de território e de vínculo entre a equipe de Saúde e os usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2013).

As inspirações para os primeiros CAPS surgiram das experiências exitosas em outros países, especialmente de alguns princípios das comunidades terapêuticas, da psiquiatria do setor e da psiquiatria democrática italiana (FONTES, 2011).

A escolha política pela formulação de uma rede de serviços de atenção psicossocial teve fortes resistências em sua gênese, uma vez que o próprio SUS previa a possibilidade de contratação de serviços privados de forma complementar. No entanto, o aspecto estratégico deste tipo serviço e as recomendações estipuladas na III Conferência Nacional de Saúde

Mental que ocorreram em dezembro de 2001 em Brasília, foram decisivas para que a gestão fosse exclusivamente pública (BRASIL, 2007).

O primeiro CAPS, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. A intenção com a criação deste espaço era propor um serviço que evitasse internações, além de acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, oferecendo-lhes um atendimento humanizado e eficaz, abrangendo a nova filosofia do tratamento mental (RIBEIRO, 2004).

Desde 2003, os municípios de São Paulo e do resto do país foram incumbidos de extinguir os escassos serviços filantrópicos ou privados de saúde mental, existentes da época. Sabe-se que quase 100% dos centros de atenção psicossociais são iniciativas estritamente públicas (BRASIL, 2007).

Segundo Mielke et al., (2009, p. 163) “A proposta de cuidado ao portador de transtorno mental no interior dos CAPS é baseada em ações que visam a sua reabilitação psicossocial, na busca da autonomia e da cidadania destas pessoas”. Ações estas que são promovidas através de atendimentos individuais ou em grupos e também através de oficinas terapêuticas, e o atendimento familiar. Atividades comunitárias, culturais, expressivas, esportivas, de alfabetização e geração de renda, assembleias de familiares, grupos de convivência, entre outras atividades também são realizadas para que promovam integração e interação social dos portadores de transtorno mental (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Camatta e Schneider (2009) alertam, no entanto, que “a promoção da saúde mental deve ocorrer de dentro para fora dos serviços, explorando as possibilidades do território e evitando a redução da atenção em saúde mental em locais onde oferecem serviços de saúde, como os CAPS”. Ainda segundo os autores, embora os familiares reconheçam algumas dificuldades enfrentadas pela equipe do CAPS em seu cotidiano, consideram o trabalho da equipe importante, não só para os sujeitos em sofrimento psíquico, mas também para a sociedade como um todo, sobretudo para as famílias que convivem cotidianamente com esses pacientes.

3.2.1 O Papel dos CAPS e de suas equipes

Os CAPS se valem dos princípios norteadores do SUS, ou seja, da: universalidade,

equidade e integralidade, conforme mencionado anteriormente. Além disso, este tipo de serviço em sua rotina deverá prezar pelo acolhimento do indivíduo portador de transtorno mental, para tanto precisa levar em consideração os aspectos peculiares de cada indivíduo e seus direitos (KANTORSKI et al., 2006).

Os CAPS são diferentes quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; e à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2005).

Os diferentes tipos de CAPS são: CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad. Os CAPS I e CAPS II são centros para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. Já o CAPS III realiza atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. No que tange ao CAPSi, este é destinado ao atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. E por último o CAPSad, que é o CAPS destinado para o atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2015).

Os profissionais responsáveis pelo novo modelo de lidar com pessoas que sofrem de transtorno mental variado ou dependência de substâncias químicas devem ter por identificação a crença na possível socialização entre aqueles que se enquadra ou fogem dos padrões tidos como normais à sociedade (ZGIET, 2013).

Neste contexto, os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e integram uma equipe multiprofissional. Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. Em geral, é um grupo de diferentes técnicos de nível superior e de nível médio. Os profissionais de nível superior são na maioria enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS. Os profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha (FERREIRA et al., 2016).

Nos CAPS o processo de trabalho é algo a ser estabelecido para cada equipe, conforme as particularidades de cada serviço e levando em consideração a necessidade de

fomentar espaços de manifestação da criatividade e de acolhimento dos portadores de transtornos mentais. Deixando de lado a pura medicalização e terapêutica e focando na inclusão social do indivíduo (ROCHA, 2005).

A equipe de saúde mental deve estar apta, perceptiva e comprometida com a família do paciente, pois a família do paciente concentra muito tempo a pessoa com esse sofrimento mental, trazendo essa problemática: a dificuldade/complexidade do cuidado da família e do usuário, almejando construir dispositivos de apoio e mecanismos que provoquem a participação e a integração da família (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Yasui e Costa-Rosa (2008) sugerem que os profissionais de saúde mental que trabalham nos CAPS têm o dever de expandir e solidificar esse modelo de assistência, proposto na reforma.

Um aspecto relevante abordado por Rocha (2005) é que todos os profissionais que trabalham em CAPS devem ter o conhecimento prévio sobre o usuário na sua singularidade, e com o passar dos dias, os dados relevantes vão surgindo, através da proximidade com o paciente. Ainda no mesmo contexto, Bezerra e Dimenstein (2008) apontam que os CAPS devem articular uma conversa com a atenção básica de saúde para buscar avanços e maior qualidade no tratamento de seus usuários, assim crescem no processo de desinstitucionalização proposto pela reforma psiquiátrica.

As diferentes propostas de CAPS auxiliam no atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que possibilita a proximidade com suas residências. Além disso, os CAPS devem funcionar em regime de “liberdade” ou de “portas abertas” e desta forma, criar um ambiente favorável à reinserção psicossocial por meio das atividades terapêuticas difundidas com ajuda de profissionais, familiares e comunidade (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Para Glanzner et al. (2011) as atividades terapêuticas ou psicossociais obrigam os profissionais a abandonarem o modelo asilar de tratamento dos portadores de transtornos mentais, uma vez que a assistência deve se basear no acolhimento e no atendimento individualizado e comunitário, e em respeito aos direitos dos portadores.

Os CAPS devem garantir inserção social do doente mental, a modificação deve envolver o elo estabelecido entre usuário, equipe e família, juntamente com a responsabilização da comunidade para o alcance dos objetivos técnicos do atendimento (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

O cuidado ao usuário no CAPS compete a todos, sendo de extrema necessidade o debate sobre o projeto terapêutico dos pacientes em reuniões de equipe, fazendo com que haja o fortalecimento da relação entre equipe e a responsabilização, com cautela e cumplicidade,

pela cogestão do cotidiano (ROCHA, 2005).

3.2.1.1 Sofrimento Psíquico

Em relação ao sofrimento psíquico do portador de transtornos mentais, Rocha (2005) relata que ele é resultado de múltiplos-fatores dentre eles: ausência de papel social claramente definido, falta de autonomia nas atividades do cotidiano, alterações afetivas, ausência de vínculos, cerceamento de direitos e etc. O autor afirma ainda que a atuação da equipe de saúde mental poderá apontar caminhos para que os usuários dos CAPS possam aliviar este sofrimento psíquico.

A pessoa com sofrimento psíquico é um “ser humano completo”, e suas características devem ser consideradas, é uma reflexão-crítica que busca estabelecer uma visão reducionista e fragmentária dos usuários originada na falta de capacidade de estabelecer uma relação com o outro, a não ser transformando-o em um objeto (WETZEL, 2011).

Na visão do Ministério da Saúde “é preciso modificar valores, hábitos, comportamentos para que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico sejam efetivamente pessoas de direitos e de desejos em nossa sociedade” (BRASIL, 2007, p. 61).

Já para Camatta e Schneider (2009) as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS precisam estar direcionadas no sofrimento psíquico e não especificamente nos transtornos de ordem mental. O portador de transtorno mental deverá ser considerado em seus variados aspectos sociais e familiares, objetivando sempre a cooperação dos usuários em seu processo de tratamento.

No que tange ao sofrimento psíquico, Camatta e Schneider (2009) destacam que os profissionais de saúde mental devem se ocupar não apenas do sofrimento dos portadores de transtornos mentais, mas, também, do sofrimento dos familiares destes com base no que preconiza a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde; uma vez que a família também é atingida pelo sofrimento psíquico (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Infelizmente a reinserção social, as modificações dos aspectos sociais para a aceitação das pessoas com sofrimento psíquico não acontecem espontaneamente, é necessário desenvolver estratégias que incluam moradia, trabalho e renda, convívio social, locomoção, e escolarização (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde devem buscar uma atuação de forma mais intensiva e significativa, sustentada por sua função de acolher, compreender, controlar o uso medicamentoso e a participação de atividades terapêuticas, assim como procurar meios

alternativos da efetivação dos tratamentos e alívio do sofrimento psíquico (KANTORSKI; MIELKE; JÚNIOR, 2008).

Segundo Wetzel et al. (2011) a mudança do foco de tratamento da doença para o tratamento do sofrimento psíquico do sujeito possibilitou a agregação de novas práticas e saberes no campo da psiquiatria e da saúde mental.

Com o novo conceito de tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, pode-se envolver a família neste processo do cuidar, não excluindo o usuário da sociedade e sim reinserindo na mesma. O CAPS oferece momentos de lazer, onde o usuário participa desses eventos juntamente com a família e profissionais de saúde mental, enriquecendo assim o vínculo e a credibilidade do paciente e família (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

3.3. AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No decorrer deste capítulo, serão abordadas as políticas públicas, os conceitos e tipos de políticas públicas, a avaliação das políticas públicas, e avaliação em saúde. Políticas públicas, segundo Matias - Pereira (2010), são instrumentos essenciais dos governos para lutar pela conquista, exercício e manutenção do poder político e também como estratégia para a intervenção social no sentido de correção das falhas de mercado.

3.3.1 Políticas Públicas: conceitos e tipos

Em relação aos tipos de políticas públicas podemos analisar a abordagem das Arenas, desenvolvida por Theodore (LOWI, 1964), cada uma corresponde a uma arena (politics) à qual *policy* deu origem, a partir das expectativas dos atores. Tem-se, então:

Políticas Distributivas: aquelas que alocam bens ou serviços a frações específicas da sociedade mediante recursos provenientes da coletividade como um todo. Podem relacionar-se ao exercício de direitos, ou não. Podem ser assistencialistas, ou não (LOWI, 1972).

Políticas Redistributivas: aquelas que distribuem bens ou serviços a segmentos particularizados da população por intermédio de recursos oriundos de outros grupos específicos. São conflituosas e nem sempre virtuosas (LOWI, 1972).

Políticas Regulatórias: aquelas que estabelecem imperativos (obrigatoriedades), interdições e condições por meio das quais podem e devem ser realizadas determinadas atividades ou admitidos certos comportamentos, (LOWI, 1964).

Políticas Constitutivas ou Estruturadoras: aquelas que consolidam as regras do jogo político. São as normas e os procedimentos sobre as quais devem ser formuladas e implementadas as demais políticas públicas (LOWI, 1964).

Acentuando as relações entre as modalidades de políticas e o seu contexto institucional, composto pelo sistema decisório e pelo padrão de demandas, ambos variando de concentração ou fragmentação (SALISBURY, 1968). De acordo com Salisbury (1986), as políticas públicas podem ser classificadas em quatro tipos, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1- Classificação das políticas públicas segundo Salisbury (1986)

Políticas Distributivas:	Aquelas advindas da combinação de um padrão de demandas altamente fragmentado, pulverizado, com um sistema de decisão também disperso.
Políticas Redistributivas:	Aquelas que, devido ao padrão de conflito e às correlações de força que estabelecem entre os atores, exprimem demandas fortemente concentradas ou agregadas, processadas por um sistema decisório igualmente concentrado e centralizado para enfrentar as pressões dos atores em conflito.
Políticas Regulatórias:	Aquelas em que, devido à multiplicidade de interesses envolvidos, o padrão de demandas é fortemente fragmentado, porém as decisões são produzidas por um sistema decisório intensamente concentrado.
Políticas Auto Regulatórias:	Aquelas caracterizadas por demandas concentradas diante de um sistema decisório fragmentado. Nesse ponto se encerram as afinidades entre os tipos identificados por Lowi (1964) na tipologia inicial e os propostos por SALISBURY.

Fonte: Elaborado com base em Salisbury (1986).

À natureza ou ao grau de intervenção na realidade, as políticas públicas podem ser:

Políticas Estruturais: destinam-se a interferir em relações estruturais como renda, emprego, produtividade, etc. Ex.: política de geração de empregos, política de desenvolvimento produtivo (industrial e outras), etc., Teixeira (2002 apud MERIGO; ANDRADE, 2010) e

Políticas Conjunturais ou Emergenciais: representam intervenções tópicas, orientadas para aliviar uma situação temporária. Ex.: a redução da fome, como o Programa Fome Zero no momento em que foi estudado pelo autor TEIXEIRA (2002 apud MERIGO; ANDRADE, 2010).

Neste mesmo sentido Teixeira (2002) qualifica as políticas públicas como: Políticas Universais: aquelas anunciadas a todos os cidadãos; Políticas Segmentais: aquelas que caracterizam um fator determinado (Estatuto do Idoso e política de cotas no Ensino Superior); Políticas Fragmentadas: aquelas designadas a grupos específicos dentro de cada segmento da sociedade.

3.3.2 Avaliação de Políticas Públicas

A avaliação, para Rua (2009), compõe-se de procedimentos de julgar os resultados da política conforme critérios de valores, enquanto os ajustes são modificações a serem feitas para que sejam obtidos os resultados esperados. “Elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem” (TEIXEIRA, 2002, p.02).

Cotta (2001) reconhece que o simples fato de realizar uma avaliação não significa, automaticamente, que as informações produzidas serão utilizadas. Ainda segundo Contandriopoulos (1997, p.31) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

A avaliação das políticas públicas é uma avaliação formal, [...] exame sistemático de quaisquer intervenções planejadas na realidade, baseado em critérios explícitos e mediante procedimentos reconhecidos de coleta e análise de informações sobre seu conteúdo, estrutura, processo, resultados, qualidade ou impactos (RUA, 2009, p.109).

Cotta (1998) cita que os conceitos na avaliação envolvem objetivos, metas, população-alvo, efeitos, impactos, processos, resultados, eficácia, eficiência e efetividade. Existem alguns os fatores impeditivos da utilização da avaliação: instrumental — depende não apenas da qualidade da avaliação, mas também da adequada divulgação de seus resultados, sua inteligibilidade e da factibilidade das recomendações propostas por Faria (2005); conceitual — as descobertas da avaliação podem alterar a maneira como esses técnicos entendem a natureza, o modo de operação e o impacto do programa que implementam.

Nenhuma decisão ou ação é esperada, pelo menos não imediatamente, Faria (2005); instrumento de persuasão — quando a avaliação é utilizada para mobilizar o apoio para a posição que os tomadores de decisão já têm sobre as mudanças necessárias na política ou programa Faria (2005); “esclarecimento” — “acarreta, pela via do acúmulo de conhecimento oriundo de diversas avaliações, impacto sobre as redes de profissionais, sobre os formadores

de opinião e sobre as *advocacy coalitions*, bem como alterações nas crenças e na forma de ação das instituições”.

Henry (2002) oferece pelo menos duas razões para transparência dos processos de avaliação de políticas públicas. O primeiro motivo é o aprendizado decorrente do trabalho de outros pesquisadores, substantiva e metodologicamente. A segunda razão apontada é demonstrar mais sistematicamente os benefícios de processos específicos que podem ser usados para selecionar indicadores de sucesso, como diálogos deliberativos, negociações com os usuários ou público estratégico, Henry (2002).

Para Matias - Pereira (2010) o objetivo da avaliação de políticas públicas é assinalar os resultados positivos, negativos, erros e distorções de uma política pública para permitir seu aperfeiçoamento ou reformulação. Rua (2009) complementa que as mesmas centram-se no julgamento (porque envolvem valores); são sistemáticas (pois se baseia em procedimentos e indicadores reconhecidos e previamente estabelecidos); incidem sobre conteúdos (problemas e soluções), estratégias (estruturas), processos, (coordenação, atividades, capacidades, hierarquias de precedência), produtos, efeitos e impactos. E ainda, uma política culmina em programa ou projeto com critérios explícitos e a fim de contribuir para o aperfeiçoamento, melhoria do processo decisório, o aprendizado institucional ou aumento do *accountability*.

Matias - Pereira (2010) esclarece que determinada política pode ser avaliada, o que pressupõe a construção de metodologias específicas para este tipo de análise. Rua (2009) destaca que a avaliação possui duas dimensões: a técnica (caracterizada por produzir ou coletar, de acordo com procedimentos reconhecidos, informações utilizadas nas decisões) e a valorativa (exame de informações com critérios específicos, com a finalidade de extrair condições acerca do valor da política programa ou projeto).

As avaliações podem ser um “problema” para os governantes, executores e gerentes de projetos porque os resultados podem causar constrangimentos públicos. As informações e resultados das avaliações podem ser usados pelo público e pela imprensa para criticar os governos, da mesma forma que, em caso de “boas notícias”, os governos podem usá-las para legitimar as próprias políticas, como ganho político etc.

Somente por meio da avaliação de programas efetivamente implementados pode-se estabelecer relação causal entre determinada política pública e o sucesso ou fracasso quando da realização de seus propósitos, e também do resultado ou impacto sobre a situação social de sua implementação (ARRETCHE, 2009). “Os processos de avaliações das políticas públicas são realizados por meio de modelos e conceitos, que devem obrigatoriamente levar em consideração o contexto social, político e econômico” (MATIAS - PEREIRA, 2010, p.221).

De acordo com Arretche (2009) é necessário o uso adequado de instrumentos e análises de políticas públicas para que não se confundam e se misturem interesses pessoais com os resultados obtidos. O interesse pela temática sobre indicadores e suas aplicações nas atividades de gestão pública tem ganhado ênfase nas diferentes esferas do governo.

Por sua vez, Belloni, Magalhães e Sousa (2003) destacam três critérios como básicos para qualquer avaliação em políticas públicas: eficiência, eficácia e efetividade.

A eficiência é a relação existente entre os produtos resultantes da realização de uma ação governamental programada e os custos incorridos diretamente em sua execução (GARCIA, 2001).

Eficácia é o grau em que se atingem os objetivos e as metas de uma ação orientada para um alvo particular, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos nos quais se incorra (GARCIA, 2001).

A avaliação da eficácia “se pretende avaliar o efeito ou resultado do programa e com a avaliação da eficiência se procura estabelecer o grau de rentabilidade econômica da intervenção” (AGUILAR e ANDER- EGG, 1994).

Por fim, quanto à efetividade, do ponto de vista social “é um critério de avaliação que busca dar conta dos resultados, tanto econômicos, quanto sociais, da política pública” (BELLONI, MAGALHÃES E SOUSA, 2003, p.67).

3.3.3 Avaliação em Saúde

Em geral, as práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual com o paciente, que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacionais de saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994). Entretanto, nem sempre estas práticas estão ligadas com as necessidades dos serviços de saúde; todavia podem ser entendidas a partir de dois aspectos principais, sendo o primeiro a busca dos seus significados (econômicos, políticos e ideológicos) e da especificidade dessas relações em sociedade concretas, e a segunda acredita que as práticas podem modificar uma dada situação de saúde, podendo ou não atender às necessidades de saúde de determinada população (SILVA; FORMIGLI; 1994).

As práticas de saúde comparadas às outras práticas sociais constituem-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, podendo ser em cuidado individual ou nos seus níveis mais complexos de organização e de intervenção (SILVA; FORMOGLI, 1994).

A avaliação em saúde é um instrumento de produção de informação e, conseqüentemente, é fonte de poder para os atores sociais que a administram, sendo necessária a conscientização dos mesmos, para que os resultados de uma avaliação sejam úteis (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A realização de uma avaliação de serviços por si só não são suficientes para levar a alguma mudança. No entanto, o entendimento da capacidade de análise como fundamento para a construção de sujeitos de mudança já é relevante (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Em se tratando da avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, em grande parte estas são realizadas através das atividades de monitoramento a partir de informações produzidas no cotidiano (FELISBERTO, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação se faz de forma necessária e complexa, cuidadosamente e consistentemente requer uma construção de consensos. Trata-se do envolvimento da necessidade de compatibilização de instrumentos, sobretudo deve-se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo que esta é, antes de tudo, uma atividade celebrada entre diferentes atores do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

Entretanto, com várias mudanças que houve na saúde mental em virtude da Reforma psiquiátrica no Brasil, surge a necessidade de avaliar seus resultados, dando relevância ao impacto dos novos serviços, ao tratamento efetivo e apoio dado aos seus usuários e suas famílias (FONTES, 2011).

A necessidade de avaliar as ações de saúde se fez presente no decorrer dos anos 1970. O período de implantação dos programas, baseado no modelo médico-centralizado, estava findando. Com a diminuição do crescimento econômico e a responsabilidade do Estado em financiar os serviços de saúde foram utilizados como critérios importantes para o controle dos custos do sistema de saúde, não deixando de lado a acessibilidade para questionamento sobre serviços suficientes e de qualidade (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A Organização Mundial de Saúde – OMS tem sido importante aliada nas pesquisas que avaliam o processo de trabalho na saúde mental, visando na qualidade desses novos serviços, sendo norteados por indicadores de saúde que absorvem as expectativas dos vários atores sociais envolvidos: usuários, técnicos e familiares. Utilizam-se instrumentos de pesquisas que viabilizam obter dados que indiquem a satisfação com a assistência ofertada, melhoria de vida dos envolvidos na atenção, inserção social dos usuários e níveis de autonomia, qualidade nas condições de trabalho e de vida dos profissionais (FONTES, 2011).

3.3.4 Tríade de Avedis Donabedian: estrutura, processo e resultado

Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria se iniciar a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico; o tratamento; e os aspectos éticos da relação médico/profissional/equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação dos padrões e expectativas dos usuários.

Com relação à avaliação da qualidade na área da saúde, adotou-se o referencial proposto por Donabedian (1980, 1993), conhecido como tríade de Avedis Donabedian, de Estrutura-Processo-Resultado. Donabedian propôs esta tríade como modelo simplificado e reduzido da realidade, inspirado na teoria sistêmica, a partir do qual as informações poderiam ser obtidas para avaliação da qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 1990).

O estudo da Estrutura desenvolve-se a nível institucional e abrange a avaliação dos elementos estáveis da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se a área física, recursos humanos, materiais e financeiros incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006; REIS et al., 1990). São exemplos: a organização administrativa da instituição, descrição das características das instalações, equipe médica disponível, perfil e experiência dos profissionais envolvidos, e a adequação com as normas vigentes (REIS et al., 1990).

Já a análise do Processo tem como referencial o indivíduo e a população (REIS, 1990). Nesta abordagem realiza-se uma analogia entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descrevem-se ainda as atividades prestadas na assistência, à competência médica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006; REIS et al., 1990).

Na avaliação do Resultado é considerado o que existe de mais próximo em termos de avaliação de cuidado total, porém, ela sofre a interferência de inúmeros fatores (DONABEDIAN, 1978). 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 (DONABEDIAN, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006).

Neste mesmo sentido, Donabedian (1980), desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, onde é dividida em Estrutura, Processo e Resultado.

A avaliação da estrutura trata da análise dos instrumentos de cuidado e de sua organização, inclui as propriedades de instalações, equipamentos, mão de obra e de financiamento. É a principal abordagem usada para a avaliação, certificação ou acreditação por órgãos oficiais. Infere-se que atendendo condições específicas, se obtenha bons cuidados (DONABEDIAN, 1980).

A avaliação do processo busca analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes (DONABEDIAN, 1992).

E, avaliar resultado consiste no estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1992).

Em relação ao conceito delimitado, Donabedian (1992) considera a qualidade como o produto de dois fatores: a tecnologia do cuidado médico, derivada da ciência, e o outro a aplicação dessa ciência e tecnologia na prática concreta, ou, a “arte do cuidado”, influenciada sobremodo pelas relações interpessoais (DONABEDIAN, 1980).

Em trabalhos anteriores, o mesmo autor define a qualidade como a relação entre benefícios, riscos e custos de uma intervenção sanitária, acreditando que a definição pode ser absolutista quando refere à qualidade como conceito contemplativo, ou subjetivo se referido a valores (DONABEDIAN, 1980).

Além da eficácia, as ações devem ser incontestáveis, ou seja, devem fornecer resultados a um custo consideravelmente aceitável. Esta relação deve ser otimizada, ou seja, a ação deve produzir o máximo de benefícios ao menor custo. A aceitabilidade das ações é definida como a conformidade das ações aos desejos e expectativas dos usuários (DONABEDIAN, 2003).

Para Donabedian (1990) a qualidade pode ser vista como um conceito abrangente e complexo, formado por sete pilares: Eficácia, Efetividade, Eficiência, Acessibilidade, Legitimidade, Otimização e a Aceitabilidade (Satisfação do usuário).

Eficácia: Representa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e dentro das demais circunstâncias (DONABEDIAN, 1994).

Efetividade: Melhoria alcançada ou alcançável dentro das práticas do dia a dia. A efetividade pode ser mensurada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade esta sendo avaliada, atinge seu nível máximo, de melhoria da saúde, dentro das possibilidades alcançáveis (DONABEDIAN, 1994).

Eficiência: É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas são as possibilidades de estratégia de cuidado, então a mais eficiente deve ser aquela com menor custo (DONABEDIAN, 1994).

Otimização: Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa dada curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis de fato, perdem a razão de ser (DONABEDIAN, 1994).

Aceitabilidade: Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Está interligada a efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico- paciente e das amenidades do cuidado (DONABEDIAN, 1994).

Legitimidade: É a aceitabilidade do cuidado da forma em que ele é visto pela comunidade/sociedade em geral (DONABEDIAN, 1994).

Equidade: Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. É parte daquilo que torna aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

A maneira como os indicadores são selecionados e organizados e seus dados coletados influencia diretamente na qualidade da avaliação, por isso é necessário conhecer algumas características que dão um grau de excelência a um indicador. Entre elas podemos considerar:

Confiabilidade: dados fidedignos, mesma medida pode ser obtida por diferentes pesquisadores frente a um mesmo evento (TAKASHINA, 1999; BOHOMOL et al., 2005).

Validade: legitimidade das características do fenômeno ou critério que se quer medir (TAKASHINA, 1999; BOHOMOL et al., 2005);

Simplicidade: fácil de compreensão (TAKASHINA, 1999; BOHOMOL et al., 2005);

Sensibilidade: distinguir as variações ocasionais de tendência do fenômeno ou critério examinado (TAKASHINA, 1999; BOHOMOL et al., 2005);

Objetividade: objetivo claro (BOHOMOL et al., 2005);

Abrangência: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores distintos que afetem a situação examinada (BOHOMOL et al., 2005);

Baixo custo: altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira (BOHOMOL et al., 2005);

Compatibilidade: compatível com os métodos de coleta disponíveis (TAKASHINA, 1999);

Utilidade: as informações obtidas devem ser relevantes para a tomada de decisão (BOHOMOL et al., 2005);

Donabedian (1980) se refere às amenidades como componente também importante para a qualidade da atenção. As amenidades seriam aspectos, por vezes considerados como supérfluos, mas que aumentam o bem estar de profissionais e usuários, e, por essa razão, influenciam na qualidade dos serviços prestados. Podem ser considerados como amenidades, por exemplo, a decoração dos ambientes de trabalho, a refrigeração e o conforto das instalações.

Um equívoco muito frequente na literatura é reduzir a proposta metodológica de Donabedian à discussão dessas abordagens. Esse foi um recurso usado pelo autor para sistematizar as múltiplas classificações existentes, naquela época, acerca das possíveis abordagens para avaliação da qualidade (COSTA, 2009). A avaliação da qualidade requer diversas outras definições metodológicas no que diz respeito ao desenho da avaliação, ao nível da realidade a ser delimitado, aos atributos a serem escolhidos, às formas de seleção de prioridades, à amostragem e à obtenção de consenso na definição de critérios e indicadores e padrões (DONABEDIAN, 1985).

Nas décadas de 80 e 90, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian. Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner (1940) e Porterfield, (1976) tendo como referencial a teoria dos sistemas, este autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 2003).

Em artigo publicado em 1978, Donabedian diz que:

A avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; 2) 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 cliente e o médico existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Segundo Donabedian (2003), uma avaliação de qualidade tem por objetivo quantificar a que nível as profissões da saúde são competentes para monitorar os padrões de anormalidade e corrigi-los.

A possibilidade de se conduzir uma avaliação ampla da qualidade, em que certas categorias de informação podem ser mais indicativas de aspectos específicos do cuidado; a ajuda na identificação de locais e causas de falhas na qualidade e as sugestões sobre ações apropriadas (exemplo: modificação na estrutura e/ou no processo) (DONABEDIAN, 2005).

Segundo Donabedian (2005) a concordância nas inferências retiradas de vários tipos de indicadores aumenta a confiança na validade dessas conclusões sobre qualidade; o desacordo nas inferências, retiradas de vários tipos de indicadores, sugere a presença de problemas que incluem: a) Dados incompletos ou inadequados; c) A relação entre processo, estrutura e resultado não é válida por que: o conhecimento disponível foi mal aplicado ou o conhecimento disponível foi adequadamente utilizado, mas não foi válido (o que significa que novas pesquisas são necessárias).

No setor saúde os indicadores podem avaliar o estado de saúde de uma população ou o desempenho dos serviços de saúde; a soma destas duas informações permite conhecer a situação sanitária de uma população (VALENZUELA, 2005). Assim, quanto aos Indicadores da Qualidade capazes de avaliar os serviços de saúde, Donabedian, com muita propriedade, os agrupa em três categorias (DONABEDIAN, 1980):

Estrutura: avaliam os atributos dos locais nos quais o serviço é prestado, levando em consideração conveniência, conforto, silêncio, privacidade e assim por diante. Inclui recursos materiais (instalações, equipamentos e dinheiro), recursos humanos (número e qualificação dos profissionais) e recursos da estrutura organizacional (profissionais de saúde, métodos de reembolso);

Processo: avaliam as atividades de cuidados realizadas para com o paciente; são técnicas operacionais. Dividem-se entre o cuidado técnico propriamente dito (utilização dos conhecimentos científicos e tecnológicos da medicina) e a relação interpessoal entre paciente e profissional. Incluem as atividades do paciente buscando o cuidado, como também as atividades do médico dando o diagnóstico e realizando o tratamento;

Resultado: avaliam os efeitos dos cuidados prestados anteriormente na saúde do paciente e da população e, também, o grau de satisfação do paciente e do prestador.

Para Donabedian (1980), esta abordagem de três dimensões para avaliação da qualidade em serviços de saúde é possível porque boa estrutura aumenta a probabilidade de bom processo e bom processo aumenta a probabilidade de obter melhorias na saúde e bem-estar

dos indivíduos ou populações, ou seja, bom resultado. Desta forma deve-se deduzir que condições estruturais podem ser tanto desfavoráveis quanto condutivas ao bom cuidado, não se podendo afirmar, entretanto, se o cuidado, em função destas, será bom ou ruim.

Para Donabedian apud Tronchin, Melleiro e Takahashi (2010), padrão é uma medida quantitativa, capaz de definir a qualidade almejada, enquanto critério é um atributo de estrutura, de processo ou resultado, capaz de direcionar a mensuração da qualidade; indicador, de acordo com a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), citado por Tronchin, Melleiro e Takahashi (2010), é uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar a qualidade assistencial e gerencial de um serviço.

3.3.4.1 Tríade de Donabedian e o CAPS

A avaliação dos resultados de serviços de saúde mental, durante a última década, transformou-se em uma importante temática de pesquisa, recebendo, então, um significativo interesse metodológico e empírico (HANSSON, 2001; MCCABE, SAIDI & PRIBE, 2007).

As dimensões do objeto de trabalho em um CAPS são extremamente importantes para os profissionais de saúde mental, especialmente para aqueles inseridos em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, permitindo a reflexão sobre sua prática nos aspectos: construção e consolidação de práticas transformadoras no âmbito da saúde mental (WETZEL, 2011).

É importante avaliar os resultados/efetividade dos processos de trabalho das equipes de modo que estes possam ser utilizados como indicadores de qualidade e comparados entre a evolução da própria equipe, bem como com serviços de igual estrato, assim como é proposto pelo próprio programa. Nesta perspectiva os resultados podem ser instrumentos facilitadores para o direcionamento do processo de tomada de decisão dos processos de trabalho e dos recursos da saúde para a adoção de ações que visam à melhoria da qualidade dos serviços de saúde da AB (ROSALEM, 2013).

A associação do componente resultado, os outros dois componentes da tríade, pode permitir a identificação de fatores que pesem nas diferenças encontradas na análise da estrutura e dos processos, bem como pode colaborar na utilização dos recursos e do planejamento da AB, a fim de proporcionar mudanças em prol da efetividade do cuidado em saúde (DONABEDIAN, 1980; FRIAS et al., 2010; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Os CAPS surgem da necessidade de reorientação do modelo assistencial, e é considerado o carro-chefe do vigente modelo de cuidado, com capacidade de organizar a rede

assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (ROSA; CAMPOS, 2013).

Na perspectiva psicossocial, ao receber o usuário, o CAPS deve ser capaz de acolher o contexto de vida do mesmo, reconhecendo as suas necessidades de saúde, em suas diferentes demandas. Assim, não é concebível separar a doença da existência global do sujeito. Sabe-se que essa fragmentação ainda é a forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade, nas diversas áreas de atenção à saúde (RODRIGUES; MOREIRA, 2012).

Os profissionais dos CAPS devem estar preparados para orientar e amparar a adaptação dos usuários na comunidade, incentivando sua autonomia e cidadania. Ao reconhecer as capacidades das pessoas acometidas de transtornos mentais, a equipe possibilita que esses desempenhem um papel mais ativo em relação a decisões sobre práticas e cuidados de saúde que os afetam direta ou indiretamente.

A família precisa ser preparada para compreender a patologia do indivíduo, para respeitar suas limitações, compreendendo sua singularidade. Caso contrário, a convivência familiar interferirá no processo de ressocialização e reinserção social (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

É competência dos CAPS atuarem articulados com outros espaços sociais e unidades de saúde. Os recursos sociais são múltiplos, precisando ser mais bem explorados para receber os usuários do CAPS (RODRIGUES; MOREIRA, 2012), contribuindo efetivamente no processo de tratamento e/ou reabilitação pela reinserção social.

A avaliação de um sistema de saúde está também relacionada à figura do paciente, incluindo os cuidados dedicados a ele, os cuidados à população, o acesso do paciente ao sistema de saúde, os resultados obtidos, a satisfação do paciente e a natureza da relação entre o paciente e o profissional. Ainda que o paciente não possa avaliar tecnicamente o cuidado recebido, ele vai julgar a qualidade do serviço pelos atributos relacionados ao interesse demonstrado pelo profissional, tais como empatia, responsabilidade e confiança. Além disso, ele avalia também se os resultados do tratamento correspondem às suas expectativas (DONABEDIAN, 1980).

Entrar num contato mais próximo com o paciente, construir um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas, tendo que ressignificar o seu próprio saber, rompe com uma prática tradicionalmente instituída e reproduzida nos cursos de formação (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1456).

O apoio matricial prevê, na integração do CAPS com a atenção básica, o fornecimento de orientação e supervisão, atendimento conjunto nas situações mais complexas e a realização

de visitas domiciliares com a presença de ambas as equipes. O matriciamento é completamente diferente do encaminhamento ou da referência e contra referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde define as oficinas terapêuticas como uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS, por meio de atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais. Nas oficinas são realizadas diversas atividades que podem ser definidas através do interesse e necessidades dos usuários e das possibilidades dos técnicos e do serviço. Tem como objetivo desenvolver áreas como a integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante da importância dessas atividades, as oficinas devem ser feitas de forma planejada e organizada, com objetivos pré-definidos. A temática deve estar de acordo com a realidade da comunidade, visando à reabilitação biopsicossocial (DUARTE et al., 2012)

As atividades não devem ser passadas, nem visualizadas apenas como tarefas para preencher o tempo, mas sim, como importantes espaços para trabalhar a concentração e as possíveis ansiedades do indivíduo ou do grupo, estimulando a criatividade e abordando manifestações culturais pertinentes ao contexto dos usuários (TEIXEIRA JUNIOR; KANTORSKI; OLSCHOWSKY, 2009).

Com intuito de obter uma atenção em saúde mental com qualidade, a equipe deve organizar-se de maneira horizontal, compartilhando saberes e práticas, discutindo cotidianamente as situações e determinando, em conjunto, as possíveis estratégias de intervenção, que vão muito além da medicalização (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010). Ou seja, a equipe tem que estar capacitada e organizada para oferecer um trabalho de qualidade.

A avaliação em saúde é um instrumento de produção de informação e, conseqüentemente, é fonte de poder para os atores sociais que a administram, sendo necessária a conscientização dos mesmos, para que os resultados de uma avaliação sejam úteis.

É importante conhecer e avaliar a percepção de qualidade dos serviços prestados ao paciente, tendo então profissionais qualificados, estrutura adequada, para melhor direcionar as estratégias e processos de ações para atender as expectativas e propiciar uma tomada de

decisão mais convicta e compatível com o contexto e objetivos do CAPS, para ter os resultados esperados.

É possível verificar que a melhor forma de avaliar os CAPS é de acordo com Donabedian que propôs esta tríade como modelo simplificado e reduzido da realidade, inspirado na teoria sistêmica, a partir do qual as informações poderiam ser obtidas para avaliação da qualidade do cuidado ao paciente.

Deste modo, reforça-se a proposta da pesquisa de Avaliar as dimensões de estrutura e processo a partir da visão dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos empregados no transcurso da presente pesquisa foram: caracterização da área objeto do estudo, os procedimentos adotados para o desenvolvimento, coleta e análise dos resultados da pesquisa e os critérios adotados. Destaca-se nos procedimentos adotados, antes da execução da pesquisa o, então, projeto de pesquisa foi submetido e aprovado na Plataforma Brasil por meio do parecer número 2.565.119, datado em 26 de Março de 2018.

4.1 Área de Estudo

O CAPS I e AD III de Gurupi são referência para assistência em saúde mental aos portadores de transtornos mentais de Gurupi e das populações das outras 17 cidades, perfazendo uma população total de mais de 200 mil habitantes assistidos pelos serviços de saúde mental em questão.

O CAPS I de Gurupi foi fundado no ano de 1996, em condições precárias de estrutura e processo de trabalho, tendo suas atividades encerradas no ano de 1998 por questões políticas. Em 2001 teve suas atividades retomadas na Avenida Maranhão entre as Ruas 7 e 8, ainda em condições precárias. Atualmente o CAPS I está instalado a Avenida Alagoas, nº 2035, em um antigo anexo da Policlínica de Gurupi.

O CAPS I de Gurupi possui mais de três mil pacientes cadastrados e uma média de 25 usuários atendidos mensalmente (Figura 3). O atendimento é a nível ambulatorial e ocorre de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 18h00min horas. A equipe profissional é composta por: 01 gestora, 01 médica especialista em saúde mental, 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 farmacêutica, 01 terapeuta ocupacional, 02 técnicas de enfermagem, 02 auxiliares administrativos, 02 auxiliares de serviços gerais, 02 cozinheiras e 02 vigilantes.

O CAPS I (Formoso do Araguaia) foi fundado no ano de 2010, possui hoje mais de 430 pacientes cadastrados e uma média de 32 usuários atendidos mensalmente (Figura 4). O atendimento é a nível ambulatorial e ocorre de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 17h00min horas. A equipe profissional é composta por: 01 gestora, 01 médica especialista em saúde mental, 01 assistente social, 05 psicólogas, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 01 auxiliar administrativa, 01 recepcionista, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 cozinheira e 01 motorista.

Figura 3 – Sede do CAPS I, Cidade de Gurupi - TO



Fonte: Blog de CAPS Gurupi - A Liberdade é Terapêutica (2010).

Figura 4 – CAPS – Formoso do Araguaia



Fonte: Arquivo Próprio; CAPS I – Formoso do Araguaia – TO.

4.2. Enquadramento Teórico-Metodológico

Para a presente pesquisa foi utilizada como ferramenta metodológica o estudo de caso com caráter qualitativo e exploratório. A complementação da pesquisa foi realizada com a busca do tema em fontes bibliográficas de referência na área de estudo em ciências da saúde. O referencial teórico foi construído a partir de uma revisão da literatura nas bases de dados

BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Portal de Periódicos CAPES/MEC, usando os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): administração de serviços de saúde; políticas públicas de saúde; psiquiatria comunitária; reforma dos serviços de saúde e serviços de saúde mental.

No tocante a presente pesquisa, na elaboração do referencial teórico buscou-se compreender aspectos relacionados ao:

1) Histórico das Políticas Públicas em Saúde Mental, Reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização, Rede de atenção à saúde mental.

2) Os CAPS no Contexto dos Serviços de Saúde Mental, O papel dos CAPS e de suas equipes, Sofrimento psíquico.

3) Avaliação de Políticas Públicas , Políticas públicas: conceitos e tipos, Avaliação de políticas públicas, Avaliação em Saúde e Triáde de Avedis Donabedian: Estrutura, Processo e Resultado

Na condução da pesquisa iremos verificar a percepção de gestores e servidores sobre a estrutura e o processo de trabalho nos CAPS I a fim de produzir conhecimento sobre a política local de saúde mental.

De forma a complementar as informações obtidas com a presente pesquisa, utilizou-se também uma abordagem quantitativa. A escolha pela abordagem qualitativa e quantitativa se deu em razão da necessidade de quantificar os aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados nos CAPS de Gurupi. Além disso, a abordagem quantitativa tem por objetivo reduzir os riscos inerentes a uma análise subjetiva de uma posterior comparação com outro CAPS, na avaliação dos serviços de saúde mental a serem analisados.

4.3. População

A população analisada é composta por gestores e profissionais que atuam nos dois CAP, modalidade I, com vínculo contratual, efetivo ou comissionado, perfazendo uma população estimada em 24 servidores. Sendo 12 participantes do CAPS I de Gurupi e 12 participantes do CAPS I de Formoso do Araguaia.

A escolha desta população ocorreu pela capacidade de percepção da mesma sobre aspectos relacionados à estrutura e processo de trabalho no referido serviço de saúde, uma vez que estes sujeitos lidam diretamente com assistência os usuários dos CAPS.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário com perguntas direcionadas aos objetivos do estudo, de Luciane Prado Kantorski e colaboradores (2006), pesquisa de “Avaliação de estrutura e processo dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil”. As variáveis do questionário, em questão, abordaram aspectos do modelo de avaliação proposto por Donabedian no que diz respeito à estrutura e processo nos 02 CAPS I (APÊNDICE F).

Na avaliação da estrutura também foi levado em consideração os aspectos estruturais, de recursos materiais e humanos definidos nas Portarias: GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e GM nº 130, de 26 de janeiro de 2012, publicadas pelo Ministério da Saúde.

A aplicação dos questionários foi realizada em salas privativas dos CAPS, conforme conveniência dos sujeitos da pesquisa. O questionário aplicado possui 102 questões, divididas em aspectos demográficos, estruturais e questões relacionadas à prática da assistência em saúde mental, que, por sua vez, avaliaram a percepção dos servidores em relação aos CAPS.

4.5 Período do Estudo

A coleta de dados aconteceu entre abril a julho de 2018.

4.6 Análise dos Dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados por meio de matriz de correlação dos respondentes, ou estatística dos respondentes.

4.7 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os servidores e gestores que exerceram atividades nos 02 CAPS I de Gurupi – TO e Formoso do Araguaia - TO, entre abril a julho de 2018 e que concordaram com a sua participação, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

Foram excluídos aqueles que estiveram gozando de suas férias, de licença médica, afastados de sua função ou que não foram dispensados e/ou autorizados pelos gestores; que

não assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e estiveram ausentes no momento das coletas de dados.

4.8 Procedimentos Éticos

Esta pesquisa atendeu à resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado (online) à Plataforma Brasil, para sua submissão no Sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, respectivamente).

Foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Gurupi para realização da pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial I (APÊNCIA A) e o mesmo procedimento foi realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia (APÊNCIE C). As respectivas autorizações, por sua vez, estão contidas nos apêndices B e D.

A adesão dos participantes foi efetivada mediante a explanação a respeito da pesquisa e sobre os riscos, prejuízos, desconfortos, que, eventualmente, pudessem ser provocados pela pesquisa e em seguida foi solicitado aos participantes que concordassem em participar deste estudo que assinassem o TCLE.

4.8.1 Especificação dos riscos, prejuízos, desconfortos, lesões que podem ser provocadas pela pesquisa

Os possíveis riscos que a pesquisa ofereceu à saúde física e mental foram mínimos, pois se referiram à aplicação de questionários que foram respondidos individualmente e reservadamente. Não sendo permitindo a identificação dos participantes, garantindo a privacidade dos mesmos. Os questionários foram aplicados em uma sala reservada e preparada, cedida pelos CAPS.

Os incômodos que poderiam ter sentido os participantes estavam relacionados provavelmente a inibição, desconforto mínimo ou constrangimento ao responder o questionário, não ocorrendo nenhuma alteração física ou lesão.

Durante a aplicação, caso fosse detectado algum desconforto foi interrompida a aplicação do questionário e restabelecida no momento em que os participantes se sentiram melhor para o término do processo de coleta de dados.

4.8.2 Desfecho primário ou devolução dos dados para a população pesquisada

Espera-se com a divulgação deste estudo, fornecer dados para possíveis intervenções dos órgãos e gestores relacionados a essa problemática. Uma vez que os estudos para obtenção de dados locais podem subsidiar o entendimento do problema no contexto local e regional.

Os dados obtidos poderão contribuir proativamente para resguardar e embasar a tomada de decisão dos gestores públicos, no intuito de melhorar os mais variados aspectos das políticas públicas locais de saúde mental.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados do presente estudo, foram caracterizados os perfis dos profissionais que atuam no CAPS I. Com base nas características analisadas foi possível distingui-los por sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, remuneração, relação empregatícia e tempo de trabalho em saúde mental e no presente serviço.

O desenvolvimento das atividades do CAPS I, bem como sua estrutura, foi relatado após observações durante a coleta de dados, e evidenciou-se que o trabalho em equipe é predominante, a supervisão dos atendimentos é basicamente realizada por parte da equipe, e com relação à satisfação do trabalho, a maioria apresentou-se indiferente. Nota-se, entretanto, que os serviços prestados são sempre realizados de maneira ativa, para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais do serviço, mesmo observando que as condições e a sobrecarga de trabalho dos profissionais nem sempre são as ideais. Com relação à estrutura, foi possível notar que os usuários em sua maioria relatam que estão regulares para o serviço prestado.

5.1 Características dos Servidores

O questionário foi respondido por gestores e profissionais que atuam nos CAPS I, perfazendo uma amostra de 24 servidores.

O perfil profissional dos participantes foi levantado a partir de um questionário autoaplicável (APÊNDICE F), sem identificação, que possibilitou conhecer o sexo, idade, escolaridade, categoria profissional, remuneração, relação empregatícia e tempo de trabalho em saúde mental e no presente serviço, conforme evidenciado na Tabela 1:

Tabela 1 - Caracterização dos participantes de acordo com idade e sexo.

Idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
	%	%	
20 a 30	8,32%	12,48%	20,8%
31 a 40	4,16%	33,28%	37,44%
41 a 50	8,32%	29,24%	37,44%
51 a 60	-	4,16%	4,16%
>60	-	-	-
TOTAL	20,80%	79,2%	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Destaca-se que o maior contingente dos participantes deste estudo é do sexo feminino 79,2%, com idade entre 31 e 40 anos 33,3%. A idade dos participantes oscila entre 25 e 61 anos. Dos 24 participantes, 8,1% possuem ensino fundamental incompleto, 29,1% possuem ensino médio completo e 16,6% possuem cursos tecnológicos (técnico em enfermagem) e 45,7% possuem curso superior completo.

A equipe de assistência técnica conta com uma formação distinta, desde a área da saúde, das artes e da cultura, como demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes de acordo com formação acadêmica.

Profissionais	Nº	Porcentagem (%)
Psicólogos	6	25,00
Assistentes Sociais	2	8,34
Enfermeiros	2	8,34
Professor de Educação Física	1	4,16
Terapeutas Ocupacionais	1	4,16
Artes Cênicas	0	0,00
Técnico de Enfermagem	4	16,66
Ensino Médio	6	25,00
Ensino Fundamental	2	8,34
TOTAL	24	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O tempo transcorrido desde a conclusão de graduação da equipe técnica variou entre dois a 32 anos: 16,66% profissionais com até cinco anos, 62,40% profissionais entre seis a 10 anos, 8,34% profissionais entre 11 a 20 anos, 12,48% profissionais entre 21 a 30 anos.

Todos possuem formação complementar, como cursos e/ou pós-graduações, sendo que 8,34% profissionais possuem curso superior com carga horária menor que 360 horas, na área de Saúde Mental, já os outros 37,44% profissionais possuem pós - graduações, sendo que 25% destes profissionais são especialistas em Saúde Mental, e 12,48% são especialistas em

outras áreas. Dos 37,44% profissionais pós-graduados sete possuem cursos de atualização e/ou treinamentos em diversas áreas, da saúde, cultura e lazer.

Em relação ao tempo de atuação em saúde mental, 20,8% profissionais possuem até cinco anos, 16,64% profissionais de seis a 10 anos, 8,34% de 11 a 15 anos completos trabalhando em saúde mental.

Nas duas instituições dezessete profissionais têm até cinco anos completos, 20,8% trabalham de 06 a 10 anos de CAPS e 8,34% de 11 a 15 anos. Dentre os participantes, 62,5% são vinculados ao CAPS por concurso e 29,12% tem vínculo por contrato.

A carga horária varia de 30 a 40 horas semanais, sendo que 8,34% profissionais não especificaram sua carga horária semanal, 10 referem fazer 30 horas semanais, 58,24% referem 40 horas semanais.

Para apresentar a variação salarial, calculou-se tendo por base o salário mínimo vigente no período da pesquisa que era R\$ 954,00. O salário bruto dos participantes em geral variou de um salário mínimo a seis salários mínimos, sendo que 24,96% profissionais omitiram seu salário, 29,12% recebem até dois salários mínimos, 20,8% recebem de três a quatro salários mínimos, 16,64% recebem de cinco a seis salários mínimos, 8,34% recebem de sete a oito salários mínimos.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais do CAPS de acordo com as características do serviço.

Condições de trabalho	Nº	%
Tipo de Vínculo		
CLT ou contrato (temporário/ emergencial)	7	29,12
Estatutário	15	62,4
Outro	2	8,32
Carga horária (semanal)		
20 horas	0	
30 horas	10	41,6
40 horas	14	58,2
Salário (com horas extras)[#]		
Até um salários mínimos	7	29,12
De 03 a 05 salários mínimos	5	20,8
De 06 a 08 salários mínimos	6	25,0
Não responderam	6	25,0
Tempo em que trabalha no serviço do CAPS		
2 a 5 anos	17	70,7
6 a 10 anos	05	20,8
Mais de 10 anos	2	8,32
Trabalha em outro local		
Sim	15	55,1
Não	09	44,9

Fonte: Elaboração pelo pesquisador de acordo com os dados da pesquisa.

A discrepância salarial deve-se pelo fato de ter como participantes pessoas da equipe de apoio como da equipe técnica. Destaca-se que houve diferença entre a quantidade de participantes que possuem outro vínculo empregatício (n=15) dos que não possuem (n=09). Dos 24 profissionais, 15 (62,5%) somam mais de uma atividade trabalhista, cinco são na área de saúde mental. Ainda em relação a esses 15 profissionais, 12,48% possuem o trabalho adicional na rede privada, e 49,92% na rede pública, destes últimos, sete trabalham na rede municipal e cinco trabalham na rede estadual.

De acordo com os profissionais dos CAPS as condições de trabalho obtiveram menor grau de satisfação profissional, o que ocorreu também nas pesquisas de De Marco et al. (2008) e Rebouças et al.(2008) com trabalhadores de saúde mental, ao identificarem como principais dificuldades as instalações físicas inadequadas, o número escasso de profissionais contratados, a falta de material e, principalmente, os baixos salários.

Em relação aos cursos de capacitação os servidores dos CAPS I tanto de Gurupi quanto de Formoso do Araguaia, informaram que fazem capacitação eventualmente, e a

última foi feita há mais de um ano. Como as capacitações são feitas regionalmente, nenhum dos CAPS teve capacitação no último ano.

Em relação às principais tarefas desenvolvidas nos CAPS, estão: acolhimento de pacientes com transtornos mentais e dependentes químicos, consultas psicológicas, psicoterapia individual, psicoterapia em grupo, orientação familiar, atendimento domiciliar (paciente em crise), matriciamento UBS/ESF (paciente com transtornos mentais e dependentes químicos), elaboração plano terapêutico singular dos pacientes, visitas domiciliares (saúde indígena), realização de oficinas terapêuticas, reunião em equipe (planejamento).

5.2 Processo nos CAPS

O turno de trabalho do CAPS é no período diurno com oito horas de duração, e 100% responderam que o turno não causa problema a nenhum dos servidores. Foi pedido para que relatassem a respeito do trabalho dos últimos três meses, e no CAPS de Gurupi a resposta obtida foi que realizaram 03 visitas domiciliares, 49 atendimentos individualizados, e 16 atendimentos em grupos com 04 reuniões em equipe. No CAPS de Formoso do Araguaia foram realizadas 05 visitas domiciliares, 50 atendimentos individualizados, e 04 atendimentos em grupos com 04 reuniões em equipe.

O trabalho em equipe se constitui uma das premissas dos CAPS, cuja principal característica é o rompimento dos modelos hospitalocêntrico e médico-psiquiátrico (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2007; SCHERER et al., 2007). Além disso, a OMS destaca a importância de integrá-los aos serviços básicos de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), destaca que a articulação dos CAPS com a rede de serviços é essencial para suprir a complexidade das demandas dos pacientes, e o suporte por eles oferecido, principalmente na atenção básica, se dá por meio de supervisões, capacitações, educação permanente e intervenções conjuntas.

Em relação à supervisão nos CAPS, o CAPS I de Gurupi: de acordo com o questionário aplicado com mais de uma alternativa, 75% responderam que tem apenas supervisão por parte da equipe e 25% da secretaria municipal de saúde. Já em relação ao apoio da comunidade, 75% apontaram nenhum apoio. Em relação aos atendimentos, 75% dos servidores deram nota entre 8 e 9 e 25% deram entre 5 e 6. Já no CAPS I de Formoso 100% responderam que tem supervisão da secretaria municipal de saúde, e apoio da secretaria de saúde aos trabalhos realizados. Em relação ao apoio da equipe 100% responderam as notas 8 e

9. Para 100% o apoio da comunidade teve notas entre 7 e 8 e sobre os atendimentos 100% dos servidores deram nota entre 9 e 10. As parcerias ajudam a toda à comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS deve ser parte integrante da comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais (BRASIL, 2004).

Em relação às condições de trabalho percebe-se o mesmo resultado nos dois CAPS, 50% relataram que melhoraram pouco, 25% relataram que as condições de trabalho pioraram desde que entraram no emprego e os outros 25% relataram que não mudou nada desde que entraram no emprego. De acordo com o questionário aplicado, 100% dos servidores relataram a falta de ferramenta adequada para o trabalho, falta de segurança, falta de material para um trabalho de qualidade.

Estudos com trabalhadores de saúde mental apontam que a maioria deles apresenta-se indiferente quando questionada sobre a satisfação com o trabalho. Os maiores graus de satisfação estão relacionados ao relacionamento com a equipe e à qualidade dos serviços oferecidos. Dados referentes às condições de trabalho (salário, estrutura física, número de profissionais contratados, entre outros) são as maiores causas de insatisfação profissional, seguidos por dados relacionados à percepção da participação no serviço (DE MARCO et al, 2008; ISHARA, 2007; REBOUÇAS et al, 2008; REBOUÇAS, LEGAY e ABELHA., 2007).

Quando se fala na questão do trabalho, os servidores dos dois CAPS I relataram que podem escolher a forma de fazer as atividades, tanto de forma individualizada quanto em grupo, fazendo assim com que o trabalho seja adaptado com a realidade de cada paciente.

Mesmo com a falta de segurança relatada nos dois CAPS I, em perguntas abertas, os servidores do CAPS I de Gurupi responderam que não sofreram nenhum acidente de trabalho, já no CAPS I de Formoso durante o ano de 2017 uma Kombi pegou fogo com a psicóloga, uma assistente administrativa e 04 pacientes dentro, mas nenhum deles tiveram queimaduras. 100% dos servidores responderam que não faltaram ao trabalho nos últimos 06 meses, e apenas duas servidoras uma do CAPS I de Formoso e uma do CAPS I de Gurupi que tiraram licença maternidade.

Quando indagados sobre terem plano de Saúde, dos servidores dos dois CAPS I, apenas 25% tem plano de Saúde. Em relação a locais de consulta 75% fazem consulta particular quando necessário, os outros 25% fazem consulta na Unidade Básica de Saúde.

Em relação à quantidade de tempo que gastam para vir de casa ao CAPS, servidores dos CAPS I de Gurupi em sua totalidade gastam em torno de 16 a 30 minutos, já no CAPS I

de Formoso do Araguaia, 75% gastam até 15 minutos para chegar ao CAPS e 25% gastam mais de 60 minutos por não morarem no município.

Em relação à responsabilidade, 100% dos servidores responderam que o trabalho requer “grande dose de responsabilidade”. Em relação ao ambiente de trabalho, 100% dos servidores responderam que “sempre o clima é bom” no local de trabalho, já em relação ao clima de amizade no ambiente de trabalho, 75% responderam que é amigável e 25% que é mais ou menos. Dell’Aqua e Mezzina (2005) apontam a ideia de “Tomada de Responsabilidade” como papel principal de uma instituição na gestão da Saúde Mental.

Em relação aos servidores compreenderem os problemas dos pacientes 100% responderam que compreendem bem ou muito bem. Em relação aos profissionais compreenderem o tipo de ajuda que os pacientes necessitam, 100% responderam que bem ou muito bem. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram os serviços para tratamento, até que ponto o serviço é apropriado para recebê-los nos CAPS, 100% responderam que é apropriado ou muito apropriado.

O sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos e evitar as internações (BRASIL, 2004:17).

Em relação ao contato individualizado do paciente, 100% responderam que é necessário uma frequência mais adequada de contato individual, entre os membros da equipe e o paciente cerca de pelo menos 01 vez ao dia. Em saúde mental, o vínculo entre profissional e usuário é considerada parte do processo terapêutico. Dessa forma, a construção e a manutenção do vínculo de confiança devem ser de primordial importância para o cuidado (SILVA; COSTA, 2010).

Em relação à existência de outros serviços que os pacientes necessitam, mas que não receberam nos CAPS, 100% responderam que com certeza há. Neste sentido, foi solicitado que especificassem e os mesmos responderam que todos os trabalhos em rede, mas principalmente odontológico e social. É possível destacar que os vínculos entre profissionais e usuários são fortalecidos com o trabalho em rede, uma vez que as redes devem integrar as diversas dimensões da vida dos sujeitos e funcionar de forma articulada com as secretarias municipais, escolas, família, entre outros (HECK et al., 2005).

Em relação à procura dos pacientes em outras opções serviços em saúde, 100% responderam que sim. Desta forma, foram indagados a cita-los e 50% relataram outros, a exemplo: CRAS, CREAS, Hospital Municipal, Hospital Regional de Gurupi, 25% grupos de unidade básica e 25% ambulatorial.

O trabalho de Equipe em Saúde deve constituir rede de processos grupais oriundos de relações produtivas entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, podendo ainda ser descrito como “a possibilidade de realização do atendimento integral, e da articulação dos saberes e disciplinas necessários para o atendimento integral” (FORTUNA; MISHIMA; MATUMOTO, 2005).

Em relação às opções foi perguntado por que eles tendo outras opções escolheram o serviço do CAPS, e 75% responderam que pela confiança na instituição/pessoa de referência e 25% responderam que os pacientes já tinham estado por lá no passado. Em relação ao estímulo dos pacientes, quando indagados se o CAPS estimula as famílias a participarem mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares 50% responderam que muito e 50% extremamente. A inserção da família efetiva-se no compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado integral ao portador de transtorno mental, sendo condição primordial para possibilitar uma inter-relação congruente com as necessidades do usuário e família (SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008).

Em relação à equipe, se é suficiente competente para lidar com o envolvimento familiar, 50% responderam competentes e 50% responderam muito competentes. Em uma avaliação da equipe, como o servidor a classificaria sobre a competência geral, 50% responderam competentes e 50% responderam muito competentes.

Em relação a tomadas de medidas apropriadas de segurança para fazê-los sentir salvos/seguros/protegidos em caso de um episódio de violência durante seu período de trabalho no CAPS, 75% responderam que muito e 25% que mais ou menos.

5.3 Estrutura dos CAPS

Em relação às instalações da unidade (ex: banheiro, cozinha, refeitório, o próprio prédio, etc.), 75% responderam que as instalações estão regulares e 25% ruins. Em relação à recomendação do CAPS a um amigo/familiar caso este estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de saúde mental, 100% responderam que sim, com certeza. Indagados sobre o motivo, responderam que os CAPS tem um bom atendimento. [...] “Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado” (BRASIL, 2004, p.17).

Em relação ao que mais gostam no serviço do CAPS, 50% responderam da função, 25% dos atendimentos prestados e dos usuários e 25% que gostam dos usuários (pacientes). Em relação aos aspectos de que não gostam, 50% disseram que é a falta de material e o

descaso dos gestores em relação ao CAPS, 50% responderam que é a falta de uma estrutura física adequada.

[...] “O CAPS deve 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 da unidade” (BRASIL, 2004p. 17).

Quando questionados se o serviço poderia ser melhorado, 100% responderam que sim, questionados em uma pergunta aberta responderam, “em uma melhor qualidade de trabalho”, “capacitação para servidores”, “progressão trabalhista”, “um olhar dos gestores para o CAPS em relação à estrutura física”, “contratação de profissionais para terapia ocupacional”.

Em relação às condições de trabalho e a sobrecarga dos trabalhadores, foram feitas sete perguntas, conforme demonstrado na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4 - Relação entre as condições de trabalho e a sobrecarga dos profissionais que atuam nos CAPS I.

Perguntas	Satisfação (%)				
	Sempre	Frequentemente	Raramente	Mais ou menos	Nunca
Você se sente sobrecarregado no seu serviço?	0	100%	0	0	0
Você sente que recebe o apoio de que necessita do seu supervisor direto?	25%	0	0	75%	0
Você sente que seu trabalho é demasiadamente controlado por seus superiores?	100%	0	0	0	0
Você participa do processo de tomada de decisões no seu serviço?	25%	25%	0	50%	0
Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço?	25%	75%	0	0	0
Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço?	25%	25%	25%	25%	0
Você acha que suas opiniões são levadas em consideração?	25%	25%	0	50%	0

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à satisfação com o trabalho, 100% responderam que estão satisfeitos com o serviço. Foi indagado qual seria a chance dos servidores serem promovidos, 50% responderam que improvável e 25% responderam muito improvável e 25% responderam que mais ou menos. Em relação como se sentem com a expectativa de serem promovidos, 100% responderam que muito insatisfeitos.

Quando falamos em satisfação, foi questionado sobre a satisfação com o grau de responsabilidade no serviço, 100% dos servidores responderam que estão satisfeitos. Em relação ao relacionamento com os colegas, 100% responderam que estão satisfeitos. Segundo Milhomem e Oliveira (2007), os profissionais dos CAPS devem aceitar as diferenças técnicas e de saberes inerentes a cada profissão e tentar a partir destas construir uma proposta de ação integrada, devendo manter uma mínima coesão ideológica e ética.

Com relação às frequências de reunião em equipe, 100% responderam que uma vez por semana. A respeito da satisfação com a frequência das reuniões de equipe, 75% responderam que estão satisfeitos e 25% responderam que são indiferentes. Todos os CAPS devem possuir um supervisor clínico institucional, que irá utilizar o espaço da reunião de equipe para discussão de casos clínicos e do processo de trabalho dos CAPS. Além disso, atua na discussão com a rede de saúde/saúde mental e intersetorial (supervisão territorial) na qual o CAPS está inserido (BRASIL, 2013).

Em relação ao grau de autonomia que tem no serviço, 75% responderam que estão insatisfeitos e 25% que estão satisfeitos. Em relação à satisfação com a frequência de discussões de trabalho, 100% responderam que estão satisfeitos. Quando se fala em satisfação nas decisões de trabalho, 100% responderam que estão satisfeitos, em relação ao grau de satisfação na participação na implementação de programas e/ou atividades, 75% responderam que estão satisfeitos e 25% responderam indiferentes.

Em relação à participação no processo de avaliação, 50% responderam indiferentes, 25% responderam muito satisfeitos e 25% responderam satisfeitos. Em relação às opiniões dadas no serviço, 50% responderam que estão satisfeitos, 25% insatisfeitos e 25% muito insatisfeitos. A respeito do clima no ambiente de trabalho, 100% responderam que estão satisfeitos.

Em relação ao salário, 75% responderam insatisfeitos e 25% muito insatisfeitos. Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), o salário tem significações mais objetivas, como a capacidade aquisitiva, pagamento de contas, como também traz consigo questões subjetivas referentes a sonhos, fantasias e sentimentos de realização pessoal e profissional. Dessa forma, este é um fator de extrema importância na compreensão da satisfação

profissional por estar relacionado à imagem que o sujeito constrói sobre si enquanto profissional e sobre a valorização do trabalho desenvolvido.

Sobre a frequência de contato entre a equipe e os usuários, 100% responderam que estão satisfeitos. Em relação ao grau de envolvimento dos familiares no CAPS, 75% responderam que estão satisfeitos e 25% insatisfeitos. Em relação à maneira como as famílias são tratadas pela equipe, 100% responderam que estão satisfeitos. Outros estudos sobre a inserção da família nos CAPS abordam a dificuldade da participação da família de forma efetiva no cotidiano dos serviços (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, BIELEMANN et al., 2009)

Em relação ao grau de competência profissional da equipe, 75% responderam que estão satisfeitos e 25% responderam que responderam insatisfeitos.

Em relação às medidas de segurança do CAPS, 50% responderam insatisfeitos e 50% responderam muito insatisfeitos. Em relação ao conforto e aparência do CAPS, 50% responderam insatisfeitos e 50% responderam muito insatisfeitos. Em relação à sobrecarga, 75% responderam que não, e 25% que estão sobrecarregados com o trabalho no CAPS. Ao serem indagados sobre o porquê, a maioria respondeu que é a falta de equipamento adequado para um bom atendimento, devido ao atendimento ambulatorio estar sendo realizado no CAPS. Apontaram que faltam recursos humanos, rotatividade de recursos humanos (politica) e falta de veículo adequado.

5.4 Principais Resultados

Dentro da dimensão estrutura, como piores resultados tivemos a sobrecarga, trabalhos controlados pelos superiores, falta de estímulos, salários insatisfatórios.

Dentro da dimensão processos, o que teve os piores resultados foi à falta do trabalho em rede, ou seja, os pacientes necessitam de outros serviços que o CAPS não disponibiliza. Falta de apoio da comunidade, falta de apoio da secretaria municipal de saúde em relação aos atendimentos do CAPS.

Em relação aos pontos positivos, negativos, falhas de gestão e incoerências, conforme demonstrado na Tabela 5, a seguir:

Tabela 5 - Pontos positivos, negativos, falhas de gestão e incoerências dos indicadores de sustentabilidade do CAPS I.

PONTOS	ESTRUTURA	PROCESSO
PONTOS POSITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - A relação dos servidores aos pacientes. - Instalações estão regulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Horário de trabalho. - Satisfação com a função exercida.
PONTOS NEGATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de material permanente - Falta de material e insumos para oficinas. - Falta de transporte adequado para os pacientes. - Falta do trabalho em rede. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de profissional em oficinas. - Falta de valorização do profissional. - Insatisfação com os salários. - Falta de capacitação para os profissionais.
FALHAS DE GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de inspeção no ambiente do CAPS. - Falta de Apoio Financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - Contratação de profissionais. - Concurso Público para o CAPS.
INCOERÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos recursos financeiros do CAPS no ambiente de trabalho. - Aplicação da Portaria/GM nº 336 	<ul style="list-style-type: none"> - Participação da Gestão nas Reuniões para atenção dos cuidados da saúde, física e mental, com capacitação permanente para melhor preparação dos mesmos. - Supervisão por parte da gestão municipal no processo de trabalho do CAPS

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir do observado, expressam-se as seguintes conclusões:

De acordo com o que preconiza a Portaria 336/2002 com a realidade dos CAPS I, da região de saúde Ilha do Bananal, cenário deste estudo, observaram-se deficiências no que se refere aos recursos humanos; os déficits focam-se na ausência de profissional pedagogo, profissional de terapia ocupacional, sendo que há a exigência destes profissionais. Além disso, observou-se a concentração de profissionais psicólogos no CAPS I de Formoso do Araguaia em comparação às demais profissões de nível superior, contrariando as recomendações da Política Nacional de Saúde Mental e a Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. “Que aponta: A - 01 (um) médico com formação em saúde mental; B - 01 (um) enfermeiro; C - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro

profissional necessário ao projeto terapêutico. D - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;”.

A formação dos trabalhadores que proporcionem articulação entre marcos conceitual e campos da prática nos Centros de Atenção Psicossocial e, seja estimulada e promovida pela gestão municipal.

Observa-se que o fortalecimento dos CAPS requer e exige um compromisso intersetorial, a partir do nível governamental, em garantir os recursos para a operacionalização de suas ações e assegurar aos usuários e à sua família a oferta e o acesso aos serviços de saúde.

Chamam atenção as ações que não dependem diretamente da atuação dos profissionais entrevistados. Os resultados mostram grande insatisfação dos profissionais de saúde com fatores relacionados ao conteúdo e às condições de trabalho no CAPS, referente às medidas de segurança do CAPS onde 50% responderam insatisfeitos e 50% responderam muito insatisfeitos. Já sobre o conforto e aparência dos CAPS, 50% responderam insatisfeitos e 50% responderam muito insatisfeitos.

Espera-se que os resultados apresentados orientem os gestores locais na elaboração de novas condutas que ampliem a atenção aos usuários dos serviços, bem como a sua permanência em tratamento, no sentido de promover a sua reinserção psicossocial.

5.5 Relatório para os Gestores Municipais

Com o presente estudo sugerimos as seguintes propostas de melhoria na estrutura e processo do CAPS I, de acordo com as deficiências encontradas:

- Participação da Gestão nas Reuniões para atenção dos cuidados da saúde, física e mental, com capacitação permanente para melhor preparação dos mesmos.
- Garantir o transporte sanitário adequado no CAPS para atender os pacientes, e que os veículos destinados ao CAPS não tenha outra finalidade.
- Concurso público para profissionais do CAPS (Acabando assim com a rotatividade de servidores).
- Supervisão por parte da gestão municipal no processo de trabalho do CAPS.
- Apoio em relação aos atendimentos prestados.
- Valorização dos Profissionais.

- Aplicação da Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. No que diz respeito a Recursos Humanos: “A - 01 (um) médico com formação em saúde mental; B - 01 (um) enfermeiro; C - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. D - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;”.
- Contratação de profissional em Oficinas para implantar Oficina Laboral, oportunizando a re/inserção ao trabalho e geração de renda às pessoas que estão em acompanhamento no CAPS.

Espera-se, com este relatório, um melhor desenvolvimento profissional dos servidores do CAPS, um atendimento de qualidade e traçar um comparativo das ações com os objetivos do projeto terapêutico e diretrizes do Centro de Atenção Psicossocial. Dessa forma, registrar os avanços e assim superar as dificuldades nas condições do trabalho ofertado.

6 CONCLUSÃO

Objetivou-se avaliar a estrutura e o processo de trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Ilha Do Bananal, Tocantins: Na percepção dos trabalhadores, englobando a satisfação, o perfil, as condições e a sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Nessa perspectiva, utilizou-se a tríade proposta por Avedis Donabedian como referencial teórico deste trabalho de investigação, que propõe uma avaliação da qualidade em saúde por meio de duas dimensões: estrutura e processo. Uma vez realizada a análise dos resultados, considera-se que o estudo atingiu o objetivo proposto ao conseguir descrever informações sobre a estrutura (física; recursos humanos e materiais) e o processo de trabalho, avaliado através da satisfação e sobrecarga dos trabalhadores de saúde e condições de trabalho.

Tivemos dificuldade na execução dos questionários, uma vez que alguns participantes ficaram com medo de responder algumas questões por acharem que poderiam colocá-los em dificuldade com a gestão municipal. Desta forma algumas perguntas não foram respondidas pelos participantes, por isso, não apareceram nos resultados.

Diante das dificuldades enfrentadas pelas equipes, relacionadas a problemas técnicos e de gestão, estes profissionais assumiram o compromisso com a reforma psiquiátrica brasileira no que diz respeito a modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, e transtornos psicossociais devido ao uso de substâncias psicoativas. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtornos.

De acordo com o que preconiza a Portaria 336/2002, com a realidade dos CAPS I, da região de saúde Ilha do Bananal, cenário deste estudo, observaram-se deficiências no que se refere aos recursos humanos, contrariando as recomendações da Política Nacional de Saúde Mental. Concluímos, a partir da análise dos resultados do estudo no Centro de Atenção Psicossocial na região da Ilha do Bananal do estado do Tocantins, que o referido CAPS passa por um período de mudanças que vem resultando em pequenas melhorias, ainda que mínimo, porém, há muitos ajustes a serem feitos.

Evidenciou-se por fim, a necessidade de aprofundamento das questões levantadas, ampliando a discussão para o contexto da atenção à Saúde Mental, numa responsabilização compartilhada de gestores, trabalhadores, usuários, instituições de ensino, pela construção de um sistema de saúde humanizado e eficiente. Dessa forma, junto com o atendimento das

necessidades biológicas, espera-se que a equipe gestora e os profissionais de saúde empenhem-se em compreender o usuário e seus familiares considerando os aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais, que compõem o ser humano.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de Serviços e Programas Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.199p.

ARANTES, D.J.; TOASSA, G. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 47-60, ago. 2017.

ARRETCHE, M.T.S. Tendências no estudo sobre avaliação. IN: **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. [Org. Elizabeth Melo Rico] 6 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Espaciais, 2009.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.1780-1785. 2011.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 96p.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BIELEMANN, V.L.M. et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto - Enfermagem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 131-139, Mar. 2009 .

BOHOMOL, E.; D'INNOCENZO, M.; CUNHA, I.C.K.O.; Indicadores de Qualidade – Conceitos e sistemas de monitoramento. **Revista Caderno - Centro Universitário São Camilo**, v. 11, n. 2 p. 75-81. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 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 Executivo**, Brasília, DF, de 09 de abril de 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 14 de Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial**

[da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b . Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 14 de Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília – DF, 2005. 34p. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/avaliacao_ab. Acesso em 20 de Out. de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: **Ministério da Saúde**, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 17 de Jan de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 17 de Jan de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2007. 85p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 20 de Out. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004. 86p. Disponível em:
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf . Acesso em: 15 de Ago. 2017.

BRASIL. Constituição (1988) . Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: **Senado Federal**, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 14 de Ago de 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 14. Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2012. 81p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf . Acesso em: 20 de Out. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 01. Set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: **Ministério da Saúde**, 2015. 44 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 01. Set. 2017.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M.A.P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 147-156, mar. 2012.

BOARINI, M.L. **Desafios na atenção à saúde mental**. Maringá: Eridem, 2000. 133p. .

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de Saúde Mental de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 477-84, jul-set. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R.; A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. De A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro – RJ: Editora Fiocruz, 1997. 132 p.

COSTA, EA. **Vigilância Sanitária: temas para debate** . Salvador: EDUFBA, 2009. 240p.

COTTA, T.C. Metodologia de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do Serviço Público**. Ano 49, número 2, abr-jun. 1998.

COTTA, T.C. Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB). **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out- dez. 2001.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p. 84-88. 2006.

DE MARCO, P.F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.57, n.3, p.178-183, 2008.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação de prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. 348p.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. D. C. (Org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005, p. 161-194.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p.103-107, jan-mar, 1997.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. **Science**, v. 200, n.4344, p. 856-64. 1978.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan (US): Health Administration Press; 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, v.114, p. 1115-1118. 1990.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, v.18, n.11, pp.356-60. 1992.

DONABEDIAN, A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la atención. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 35, n. 1, p. 94-7, 1993.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003. 240 p.

DUARTE, E.O.S.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. Caracterização das práticas de assistência na rede de atenção em saúde mental: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 191-199, dez. 2012 .

FARIA, C.A.P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, set. 2004.

FERREIRA, J. T.; MESQUITA, N.N.M.; SILVA, V.F.; LUCAS, W.J.; BATISTA, E.C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Revista Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan-jun. 2016.

FLEXNER, A. **Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching**. Merrymount Press, New York, 1940.

FONTE, E. Da Institucionalizada da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, 2012.

FONTES, E. M. M. Desafios na Avaliação dos Serviços de Saúde Mental no contexto da desinstitucionalização. In: PORTUGAL, S.; MARTINS, P. H. (Org) **Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais**. Universidade de Coimbra - Portugal. 2011. 125 p.,

FORTUNA C. M.; MISHIMA S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, abr. 2005.

FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em Saúde. In: SAMICO et al.(Org.) **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. 1 ed. Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2010. Cap. 4. p. 43-55.

GARCIA, R.C. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Texto para discussão n° 776. IPEA. Brasília, janeiro de 2001.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.; O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n.2, pp. 48-55. 2001.

HANSSON, L. Outcome assessment in psychiatric service evaluation. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.36,p. 244–248. 2001.

HECK, R.M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, dez. 2005.

HENRY, G.T. How modern democracies are shaping evaluation and the emerging challenges for evaluation. **American Journal of Evaluation**, v. 22, n. 3, p. 419-429, set. 2002.

ISHARA, S. **Equipes de Saúde Mental: Avaliação da satisfação e do impacto de trabalho em hospitalização integral e parcial**. 2007. 153 p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

KANTORSKI, L.P.; et al. Qualitative assessment of the environment in a Psychosocial Care Center. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2011.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JÚNIOR, S.O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008.

KANTORSKI, L.P.; SOUZA, J.; WILLRICH, J. Q.; MIELKE, F. B. O cuidado em Saúde Mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, pp. 366-71, jul-set. 2006.

KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1455-1461, jun, 2007.

LOWI, T.J. American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677-715,1964.

LOWI, T.J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298-310, jul/ago.1972.

MATIAS - PEREIRA, J. **Curso de administração pública: foco nas instituições e ações governamentais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MCCABE, R., SAIDI, M.; PRIBE, S. Patient reported-outcomes in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, v. 191, n. suppl.50, p. 21-28. 2007.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. Da R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, jan./fev. 2009.

MILHOMEM, M.A.G.C.; OLIVEIRA, A.G.B. O trabalho em equipe nos Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.1, p.101-108, 2007.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 43, supl.1, ago. 2009.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumental metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p. 1053-1062, mai. 2006.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte: Editora Argvmentvm, 2009.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258. 2004.

PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.4, p. 1024-1031. 2010.

PINHO, L.B; HERNÁNDEZ, A.M.B.; KANTORSKI, L.P. Equipe de saúde mental: análise do discurso sobre a prática no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n.1, p. 98-106. 2010.

PORTERFIELD, J. D. Evaluation of Patients: Codman Revisited. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 52, n.1, p. 30-8. 1976.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L.F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.244-250, 2007.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, n.3, p.624-632, 2008.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, jan./mar. 1990.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.24, n.3, p.92-99. 2004.

ROCHA, R. M. O Enfermeiro na Equipe Interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as Possibilidades de Cuidar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357, set. 2005.

RODRIGUES, E.S.; MOREIRA, M.I.B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saúde e Sociedade**, v.21, n.3, p.599-611, 2012.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do Manicômio ao CAPS, da Contenção (Im) Piedosa à Responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p.154-176, jul. 2012.

RUA, M.G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130p.

SALISBURY, R.H. The Analysis of Public Policy: the search for theories and roles. In: RANNEY, A. (Org.). **Political Science and Public Policy**. Chicago: Markham, 1968. p.151-175.

SCHERER, E.A. et al. Percepções sobre coordenação e funcionamento de reuniões de equipe geral de um hospital-dia psiquiátrico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.1, 2007.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, mar. 2008.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. DA. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, dez. 2010.

SILVA, A.T.M.C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M.A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9. 2002.

SILVA, L.M. V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994, v.10, n.1, p. 80-91. 1994.

SOUZA, N. **Fatos marcantes na Construção das Políticas de Saúde no Brasil**. Gran Concursos. 2017. Disponível em: <https://saude.grancursosonline.com.br/fatos-marcantes-na-construcao-das-politicas-de-saude-no-brasil/>. Acesso em: 15 de Novembro de 2018.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da qualidade e do desempenho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

TEIXEIRA, E. C. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. Salvador: Bahia, 2002.

TEIXEIRA JUNÍOR, S.; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A. O Centro de Atenção Psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, p.3, p. 453-460. 2009.

TOCANTINS. Secretária Estadual da Saúde. **Mapa da Região de Saúde Ilha do Bananal**. Disponível em: <https://saude.to.gov.br/planejamento-/desenvolvimento-de-politicas-de-saude/mapas-das-macrorregioes-e-regioes-de-saude-tocantins/mapa-da-regiao-de-saude-ilha-do-bananal/>. Acesso em: 15 de Novembro de 2018.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista Saúde Pública**, v. 51, n.19. 2017.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VALENZUELA, M.T. Indicadores de Salud: características, uso y exemplos. **Ciência & Trabajo**, año 7, n. 17, p.118-22, jul./set. 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens Psicossociais, volume II: Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na ótica da Cultura e das Lutas Populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 27-55.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 27-37, jan/dez. 2008.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-548, dez. 2004.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, abr. 2011.

ZGIET, J. Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.37, n. 97, jun. 2013.

APÊNDICES

APENDICE A – Solicitação de Autorização Para a Pesquisa

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Secretário Municipal de Saúde de Gurupi
Vânio Rodrigues de Souza

Gurupi, 29 de janeiro de 2018.

Eu, **Paulo Ricardo Teixeira Marques**, mestrando do curso de Gestão de Políticas Públicas da UFT (convênio UNIRG), venho solicitar autorização para a realização de Pesquisa junto aos servidores e gestores do **CAPS I** e do **CAPS AD III** de Gurupi, Estado do Tocantins. Informo que esta Pesquisa trata-se de um Projeto de Mestrado intitulado: **Avaliação da Estrutura, Processos e Resultados nos Centros de Atenção Psicossocial de Gurupi-TO**.

Informo que a presente pesquisa é apenas de cunho científico e que a identificação dos participantes em momento algum será revelada, garantindo-lhes privacidade e sigilo e demais preceitos éticos e legais, em conformidade com a **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**.

Paulo Ricardo Teixeira Marques

Prof. Enf. Esp. Paulo Ricardo Teixeira Marques

Pesquisador Responsável

RECEBEMOS
Em 29/01/2018
[Assinatura]
Assinatura

APENDICE B – Autorização Para Realização de Pesquisa

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Secretário Municipal de Saúde de Gurupi
Vânio Rodrigues de Souza

Gurupi, 29 de 01 de 2018.

Eu, **Vânio Rodrigues de Souza**, Secretário Municipal de Saúde de Gurupi-TO, no uso de minhas atribuições legais, venho por meio desta, **autorizar** a realização da pesquisa intitulada: **Avaliação da Estrutura, Processos e Resultados nos Centros de Atenção Psicossocial de Gurupi-TO**, referente ao Projeto de Pesquisa de Mestrado do Programa de Gestão de Políticas Públicas da UFT e de autoria de Paulo Ricardo Teixeira Marques.

p/p Carneiro Lata

Vânio Rodrigues de Souza

Secretário Municipal de Saúde de Gurupi-TO

RECEBEMOS

Em 29/01/18

Assinatura

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA

APÊNDICE C - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS

SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sr^a. Secretária Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia
 Pedrina Araújo Coelho de Oliveira

Formoso do Araguaia, 04 de Abril de 2018.

Eu, **Paulo Ricardo Teixeira Marques**, mestrando do curso de Gestão de Políticas Públicas da UFT (convênio UNIRG), venho solicitar autorização para a realização de Pesquisa junto aos servidores e gestores do **CAPS I** de Formoso do Araguaia, Estado do Tocantins. Informo que esta Pesquisa trata-se de um Projeto de Mestrado intitulado: **Avaliação da Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Ilha do Bananal**.

Informo que a presente pesquisa é apenas de cunho científico e que a identificação dos participantes em momento algum será revelada, garantindo-lhes privacidade e sigilo e demais preceitos éticos e legais, em conformidade com a **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**.

Paulo Ricardo T. Marques

Prof. Enf. Esp. Paulo Ricardo Teixeira Marques
 Pesquisador Responsável

Protocolo
 05/04/18
Tullio Silva Barbosa
 Diretor Geral de Saúde
 Responsável CPD

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS**

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sr^a. Secretária Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia
Pedrina Araújo Coelho de Oliveira

Formoso do Araguaia, 05 de 04 de 2018.

Eu, Pedrina Araújo Coelho de Oliveira, Secretária Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia, no uso de minhas atribuições legais, venho por meio desta, **autorizar** a realização da pesquisa intitulada: **Avaliação da Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial da Região de Saúde Ilha do Bananal**, referente ao Projeto de Pesquisa de Mestrado do Programa de Gestão de Políticas Públicas da UFT e de autoria de Paulo Ricardo Teixeira Marques.


Pedrina Araújo Coelho de Oliveira
Secretária Municipal de Saúde
Resposta nº 001/2018

Secretário Municipal de Saúde de Formoso do Araguaia – TO

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa científica. Meu nome é Paulo Ricardo Teixeira Marques sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é a Gestão de Políticas Públicas com enfoque nos serviços de saúde mental.

Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, em duas vias, que também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas. Ao final da pesquisa você receberá uma via e outra ficará com o pesquisador responsável.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Paulo Ricardo Teixeira Marques no telefone: (63) 99959-0024 ou pelo e-mail: prtmarques@hotmail.com. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Tocantins, Palmas/TO.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- Título: Avaliação da Estrutura e Processo dos Centros de Atenção Psicossocial I - Região de Saúde Ilha do Bananal, Tocantins.

- Informações sobre a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Paulo Ricardo Teixeira Marques, Enfermeiro e Professor Universitário, especialista em Gestão em Saúde Pública, Coletiva e da Família e mestrando em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Tocantins.

RISCOS E BENEFÍCOS DA PESQUISA:

Os possíveis riscos que a pesquisa oferece à saúde física e mental são mínimos, pois se referem à aplicação de questionário que será respondido individual e reservadamente, não sendo identificados nem expostos, garantindo a privacidade dos colaboradores participantes. Os questionários serão aplicados em uma sala reservada e preparada, cedida pelo CAPS.

Os incômodos que poderão sentir com a participação são: provável inibição, mínimo desconforto ou constrangimento ao responder o questionário, não ocorrendo nenhuma alteração física ou lesão.

Durante a aplicação, caso seja detectado algum desconforto será interrompida a aplicação do questionário e restabelecida no momento em que os participantes se sentirem melhor para o término do processo de coleta de dados.

Os benefícios, mesmo que não sejam diretamente, se baseiam em melhores informações a respeito do cumprimento das diretrizes da portaria nº. 130/2012. Pretende-se obter maiores dados e informações sobre o assunto, e assim através deste levantamento, e sua divulgação, propiciar conhecimento para melhorias de planejamentos e estratégias para adequações das diretrizes e ações realizadas pelo serviço de saúde municipal.

Além do mais, poderão ser indicadas tratativas através dos resultados evidenciados pela coleta de dados, como também, proporcionar um *feedback* para os colaboradores participantes através de uma palestra, acerca das diretrizes da portaria nº. 130/2012.

Por fim, esses dados podem ser utilizados para estudos que possam surgir e se correlacionar com este, podendo essas informações proporcionar processos reflexivos tanto

nos colaboradores, gestores municipais e profissionais que lidam diretamente com as demandas de saúde envolvidas.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

- O participante da pesquisa tem o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa: Sempre que desejar será esclarecido sobre cada uma das etapas do estudo, pois os pesquisadores estarão disponíveis 24 horas para quaisquer esclarecimentos.
- A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar o seu consentimento, sem que isso te traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que as mencionadas informações poderão ser publicadas em artigos científicos de forma a preservar a sua integridade.
- Informação sobre o direito de ressarcimento de despesas pela sua participação: Caso você concorde em participar da pesquisa, não receberá qualquer tipo de ressarcimento de despesa por sua participação e nem haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira por sua participação.
- Para participar, você deverá concordar em prestar algumas informações pessoais ao pesquisador responsável; estas informações serão confidenciais, preservando-se o anonimato;

.....
Assinatura do (a) voluntário (a) ou responsável legal

.....
Pesquisador Responsável: Paulo Ricardo Teixeira Marques

Impressão Datiloscópica:



APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PARA OS SERVIDORES DO CAPS I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS (GESPOL)

Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial I

Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da Atenção em Saúde Mental da Região Ilha do Bananal, Estado do Tocantins.

Por favor, não preencha ou faça anotações na coluna de codificação.

Em caso de dúvida, procure um dos entrevistadores da equipe de pesquisa.

Observação: a abreviatura NSA, presente ao logo de todo o questionário, significa “Não se Aplica”.

Questões	Coluna de Codificação
1. Número de identificação: _____	Nq _____
Entrevistador: _____	
2. Data do Questionário: __/__/____ 3. Hora: _____hs	data __/__/__ ----
4. Cidade: _____	cid __
5. Estado: _____	est __
6. Nome: _____	
7. Telefone (e-mail) para contato: _____	
8. Tipo de serviço: (1) CAPS I (2) CAPS II	tcps _
9. Sexo: (1) masculino (2) feminino	sexo _
10. Cor da pele: (1) branca (2) preto (3) pardo (4) outro: _____	cor _
11. Data de nascimento: __/__/____ Idade: ___	dn_ __/__/__ -- idw ____
12. Peso: ___ quilos k e ___ gramas Altura: _ metro e __ centímetro	pesw ____ altw ____
13. Estado civil: (1) solteiro (2) casado/com companheiro (3) separado	estciv __

Emp 3				em3 __ em4 __
Emp 4				
23. Você realiza cursos de atualização? (0) Não (1) Sim				atuali _
Se Não, passe para a questão 27				freat _
Se SIM, com que frequência?				
(1) Mensalmente (2) Semestralmente (3) Anualmente				
(4) Eventualmente (5) Raramente (6) Outro: _____				
24. Quando foi o último curso de atualização que você participou?				datual _
(1) Neste mês (3) Há 6 meses a 1 ano				
(2) Há 2 a 6 meses (4) mais de 1 ano (5) nunca participou				
25. Quando foi o penúltimo curso de atualização que você participou?				penatu _
(1) Neste mês (3) Há 6 meses a 1 ano				
(2) Há 2 a 6 meses (4) mais de 1 ano (5) nunca participou				
26. Quais são as suas tarefas no serviço?				taf1 _
Tarefa1 _____				taf2 _
Tarefa2 _____				taf3 _
Tarefa3 _____				taf4 _
Tarefa4 _____				taf5 _
Tarefa5 _____				taf6 _
Tarefa6 _____				taf7 _
Tarefa7 _____				taf8 _
Tarefa8 _____				taf9 _
Tarefa9 _____				taf10 _
Tarefa10 _____				
27. Qual o seu turno de trabalho neste serviço?				turno _
(1) dia (2) noite (3) revezamento semanal				
(4) parte de dia e parte de noite (6) outro: _____				
28. Este turno de trabalho traz problemas para você?				turpro _
(0) Não (1) Sim				
Se sim, quais problemas?				
(1) fadiga (0) Não (1) Sim				fad _
(2) choque de horário (0) Não (1) Sim				chho _
(3) organização (0) Não (1) Sim				org _
(4) outros (0) Não (1) Sim				out _
Se sim, quais? _____				
29. Responda esta questão pensando no <u>último mês</u> :				vd _ _ _
Quantas visitas domiciliares você realizou: _ _ _				

0 = ausência	10 = <i>qualificada</i>
<p>39. Qual a sua avaliação do atendimento prestado pelo CAPS?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> ----- --- <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> </p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	avaten_
<p>40. Desde que você entrou neste emprego, as condições de trabalho:</p> <p>(1) melhoraram muito (3) não mudaram</p> <p>(2) pioraram (4) melhoraram pouco</p>	codtr_
<p>41. Em seu trabalho você enfrenta:</p> <p>(1) falta de ferramenta adequada para o trabalho (0) Não (1) Sim</p> <p>(2) falta de segurança (0) Não (1) Sim</p> <p>(3) risco permanente de vida (0) Não (1) Sim</p> <p>(4) outras situações que incomodam: (0) Não (1) Sim</p> <p>Se sim, quais as outras situações que incomodam</p> <p>Situação1 _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>Situação2 _____ (0) Não (1) Sim</p> <p>Situação3 _____ (0) Não (1) Sim</p>	<p>Ffer_</p> <p>Fseg_</p> <p>Rpt_</p> <p>Ost_</p>
<p>42. Em seu trabalho você pode:</p> <p>Escolher individualmente a forma de fazer suas atividades</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Escolher de forma coletiva/em equipe a forma de fazer suas atividades (0) Não (1) Sim</p> <p>Fazer reuniões (0) Não (1) Sim</p> <p>Fazer cursos (0) Não (1) Sim</p> <p>Outras atividades de organização (0) Não (1) Sim</p> <p>Conversar com os colegas (0) Não (1) Sim</p> <p>Usar suas idéias (0) Não (1) Sim</p>	<p>pind_</p> <p>pcol_</p> <p>preun_</p> <p>pcur_</p> <p>porg_</p> <p>pcon_</p> <p>pide_</p>
<p>43. Que equipamentos de proteção coletiva estão instalados e funcionando em seu local de trabalho:</p> <p>(1) exaustores para ventilação (0) Não (1) Sim</p> <p>(2) saída de emergência (0) Não (1) Sim</p> <p>(3) mangueira p/ incêndio (0) Não (1) Sim</p> <p>(4) proteção nas máquinas (0) Não (1) Sim</p> <p>(5) extintor de incêndio (0) Não (1) Sim</p> <p>(6) ar condicionado (0) Não (1) Sim</p> <p>(7) ventilador</p>	<p>epex_</p> <p>epsem_</p> <p>epma_</p> <p>epmaq_</p> <p>epext_</p> <p>epar_</p> <p>epven_</p>

(8) outros Outro1 _____ Outro2 _____ Outro3 _____	epout_ eq1_ eq2_ eq3_
44. Nos últimos 6 (seis) meses você sofreu algum acidente de trabalho? (0) Não (1) Sim Quais? Acidente1: _____ Acidente2: _____ Acidente3: _____	sofre_ acid1_ acid2_ acid3_
45. Você faltou ao trabalho nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim Se Não, passe para a questão 41 Se sim quantos dias? ___ dias ausentes Quais os Motivos: (1) doença (0) Não (1) Sim (2) acidente (0) Não (1) Sim (3) problema familiar (0) Não (1) Sim (4) problema administrativo (0) Não (1) Sim (5) outros (0) Não (1) Sim Quais: _____	falta_ daus_ _ _ doen _ acid _ prfam _ pradm _ out _
46. Você consultou nos últimos 6 (seis) meses? (0) Não (1) Sim	consul_
47. Se SIM: Quantas vezes? __ vezes Motivos das Consultas: (1) Doença (0) Não (1) Sim (2) Acompanhamento (doenças crônicas) (0) Não (1) Sim (3) Revisão (0) Não (1) Sim (4) Ação preventiva (0) Não (1) Sim (5) Outro (0) Não (1) Sim Quais: _____	vezcon_ _ doenc _ acom _ revi _ acpre _ outr _
O senhor(a) tem problemas de saúde?(1) Sim (2) Não	prosa _
Se Sim, quais? Diabetes Mellitus (1) Sim (2) Não Hipertensão (1) Sim (2) Não Problemas cardíacos (1) Sim (2) Não	diame _ hiper _ procar _ qop1 _

Outros: _____	qop2 _
Qual os gastos com a saúde no último mês? Medicações R\$ _ . _ _ _ , _ _ Serviço de saúde R\$ _ . _ _ _ , _ _ Plano de saúde/familiar R\$ _ . _ _ _ , _ _	gmed _ . _ _ _ .. _ _ gssa _ . _ _ _ .. _ _ gpsf _ . _ _ _ .. _ _
48. Local da consulta: (1) Unidade Básica de Saúde (0) Não (1) Sim (2) Consultório Particular (0) Não (1) Sim (3) Ambulatório (0) Não (1) Sim (4) Pronto Socorro (0) Não (1) Sim (5) Pronto Atendimento (0) Não (1) Sim (6) Outro (0) Não (1) Sim Qual? _____	ubsp _ conpar _ amb _ psoc _ pant _ out _
49. Que tipo de transporte você usa preferencialmente para chegar a este serviço? (1) Condução própria (4) Condução de familiares (2) Condução de amigos (5) Transporte público (3) Caminhada (6) Outro _____	transp_
50. Quanto tempo você gasta para vir de sua casa ao CAPS? (1) 0-15 minutos (2) 16-30 minutos (4) 46-60 minutos (3) 31-45 minutos (5) mais que 60 minutos	tempo_
51. O seu trabalho requer uma grande dose de responsabilidade? (1) Uma grande dose (2) Muita (4) Pouca (3) Variável (5) Nenhuma	respon_
52. Você percebe um bom clima no ambiente de trabalho? (1) Sempre (2) Frequentemente (4) Nunca (3) Mais ou menos (5) Raramente	ambtra_
53. Em geral, como você classificaria o "clima" de amizade no ambiente de trabalho? (1) Nada amigável (2) Pouco amigável (4) Amigável (3) Mais ou menos (5) Muito amigável	amitra_
54. Você acha que os profissionais deste serviço compreendem os problemas dos pacientes? (1) De forma alguma (2) Não muito (4) Bem (3) Mais ou menos (5) Muito bem	compac_
55. Você acha que os profissionais de Saúde Mental deste serviço compreendem o tipo de	comtra_

<p>ajuda de que os pacientes necessitam?</p> <p>(1) Não compreendem (2) Não compreendem muito (4) Bem (3) Mais ou menos (5) Muito bem</p>	
<p>56. Considerando as necessidades globais dos pacientes que procuram este serviço para tratamento, até que ponto este serviço é apropriado para recebê-los aqui?</p> <p>(1) muito inapropriado (2) inapropriado (4) apropriado (3) mais ou menos (5) muito apropriado</p>	aprser_
<p>57. Em média, qual seria para você a frequência mais adequada de contato individual, entre os membros da equipe e o paciente?</p> <p>(1) Mais que uma vez por dia (5) 2-3 vezes por mês (2) Uma vez por dia (6) Aproximadamente uma vez/mês (3) 3-6 vezes por semana (7) Menos que uma vez por mês (4) 1-2 vezes por semana (8) Nenhuma</p>	frecon_
<p>58. Você acha que existem outros serviços de que o paciente necessita, mas que não recebe aqui?</p> <p>(1) Com certeza há (4) Acho que não há (2) Acho que há (5) Não, certamente que não (3) Talvez</p> <p>Se você respondeu 1 ou 2, especifique quais são estes serviços.</p> <p>Serviço1 _____ Serviço2 _____ Serviço3 _____</p>	outser_ oserv1_ oserv2_ oserv3_
<p>59. No momento em que os pacientes entram em contato com este serviço, em geral existem outras opções disponíveis para eles?</p> <p>(1) Sim (3) Não tem certeza (2) Não (4) Não sabe</p> <p>Se você acha que SIM, queira citar quais são estas opções:</p> <p>(1) grupo da unidade básica (3) ambulatório (2) hospital psiquiátrico (4) outro: _____</p>	opção_ opdis_
<p>60. Se eles têm outras opções, por que você acha que eles escolhem este serviço? (Você pode marcar mais de uma resposta)</p> <p>(1) Já tinham estado lá no passado (2) Foi fortemente recomendado por alguém (3) Conheciam alguém que fazia tratamento lá (4) Confiaram na instituição/pessoa de referência (5) Localização muito conveniente (6) O tratamento estava disponível (7) Mais que uma das razões acima</p>	escol_ _

<p>(8) Não sabe</p> <p>(9) Outros (especificar)</p> <p>Outro1 _____</p> <p>Outro2 _____</p>	<p>oser1_</p> <p>oser2_</p>
<p>61. Você acha que o CAPS estimula as famílias a participar mais ativamente do processo de tratamento de seus familiares?</p> <p>(1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Muito (5) Extremamente</p>	<p>estfam_</p>
<p>62. Você acha a equipe suficientemente competente para lidar com o envolvimento familiar?</p> <p>(1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Competente (5) Muito competente</p>	<p>equcom_</p>
<p>63. Como você classificaria a competência geral da equipe?</p> <p>(1) Muito incompetente (2) Incompetente (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Competente (5) Muito competente</p>	<p>comequ_</p>
<p>64. Foram tomadas as medidas apropriadas de segurança para fazê-lo sentir-se salvo/seguro/protegido em caso de um episódio de violência durante seu período de trabalho no CAPS?</p> <p>(1) De forma alguma (2) Não muito (3) Mais ou menos</p> <p>(4) Muito (5) Extremamente</p>	<p>segur_</p>
<p>65. Como você classificaria, as instalações da unidade (p.ex.: banheiro, cozinha, refeitório, o próprio prédio, etc.)?</p> <p>(1) Péssimas (2) Ruins (3) Regulares</p> <p>(4) Boas (5) Excelentes</p>	<p>insuni_</p>
<p>66. Se um amigo / familiar estivesse necessitando de ajuda de uma unidade de Saúde Mental, você recomendaria a ele/a o CAPS?</p> <p>(1) Não, com certeza que não (2) Não, acho que não (3) Talvez</p> <p>(4) Sim, acho que sim (5) Sim, com certeza</p> <p>Se você respondeu 4 ou 5, por quê? .</p> <p>(1) O CAPS tem um bom atendimento (2) Obtem-se bons resultados com no CAPS</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>recom_</p> <p>bomatn_</p> <p>bonres_</p> <p>outr_</p>

(3) Mais ou menos (5) Nunca	
74. Você participa da implementação de programas e/ou atividades novas no serviço? (1) Sempre (2) Frequentemente (4) Raramente (3) Mais ou menos (5) Nunca	parprog_
75. Você participa do processo de avaliação das atividades e/ou programas do serviço? (1) Sempre (2) Frequentemente (4) Raramente (3) Mais ou menos (5) Nunca	paval_
76. Você acha que suas opiniões são levadas em consideração? (1) Sempre (2) Frequentemente (4) Raramente (3) Mais ou menos (5) Nunca	opcons_
77. Você está satisfeito com este serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	satserv_
78. Qual a chance de você ser promovido neste serviço? (1) Muito improvável (2) Improvável (4) Provável (3) Mais ou menos (5) Muito provável	promov_
79. Como você se sente com a expectativa de ser promovido? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	expro_
80. Você se sente satisfeito com o grau de responsabilidade que você tem no seu serviço? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	satres_
81. Você se sente satisfeito no relacionamento com seus colegas? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	satrel_
82. Com que frequência você tem reuniões de equipe? (1) Mais que uma vez por semana (2) Uma vez por semana (4) Menos que uma vez por mês (3) Entre 1-3 vezes por mês (5) Nunca	frereu_
83. Você se sente satisfeito com a frequência das reuniões de equipe? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	satfreq_
84. Você se sente satisfeito com a forma que as reuniões de equipe são realizadas? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (5) Muito insatisfeito	sareeq_
85. Até que ponto você se sente satisfeito com a eficácia e utilidade destas reuniões? (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (4) Satisfeito	eficreu_

(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
86. Você se sente satisfeito com a quantidade de controle exercida por seus superiores?		quacon_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
87. Como você se sente em relação ao grau de autonomia que você tem em seu serviço?		autserv_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
88. Você se sente satisfeito com a frequência de discussões de trabalho?		discol_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
89. Você se sente satisfeito com o seu nível de participação nas decisões de trabalho?		tomdec_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
90. Você se sente satisfeito com o seu grau de participação na implementação de programas e/ou atividades?		improg_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
91. Você se sente satisfeito com sua participação no processo de avaliação?		partav_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
92. Você se sente satisfeito com a atenção dada às suas opiniões?		ateopi_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
93. Você se sente satisfeito com o clima no ambiente de trabalho?		clitrab_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
94. Até que ponto você se sente satisfeito com seu salário?		satsal_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
95. Você se sente satisfeito com a frequência de contato entre a equipe e os usuários?		equusu_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
96. Você está satisfeito com o grau de envolvimento dos familiares no CAPS?		envtto_
(1) Muito insatisfeito		
(2) Insatisfeito	(4) Satisfeito	
(3) Indiferente	(5) Muito insatisfeito	
97. Como você se sente com a maneira como as famílias são tratadas pela equipe?		famtto_
(1) Muito insatisfeito		

(2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito insatisfeito	
98. Você se sente satisfeito com o grau de competência profissional da equipe?		compro_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito insatisfeito	
99. Você se sente satisfeito em relação às medidas de segurança do CAPS?		medseg_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito insatisfeito	
100. Você está satisfeito com o conforto e aparência do CAPS?		apcaps_
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Indiferente	(4) Satisfeito (5) Muito insatisfeito	
As perguntas a seguir se referem ao impacto o seu trabalho na sua vida		
101. Você se sente sobrecarregado no seu trabalho no CAPS?		sob _
(0) Não	(1) Sim	
102. Por quê? _____ _____ _____ _____		