UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Lívia Maria Tavares Miranda

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO SEMIÁRIDO PARAIBANO

João Pessoa

2023

Lívia Maria Tavares Miranda

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO SEMIÁRIDO PARAIBANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa

João Pessoa

2023

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M672p Miranda, Lívia Maria Tavares.
Produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial I do semiárido paraibano / Lívia Maria Tavares Miranda. - João Pessoa, 2023.
67 f. : il.

Orientação: Filipe Ferreira da Costa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde mental. 2. Avaliação em saúde. 3. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. 4. Indicadores de saúde. I. Costa, Filipe Ferreira da. II. Título.

UFPB/BC CDU 613.86(043)

Elaborado por MAGNOLIA FELIX DE ARAUJO - CRB-15/883

LÍVIA MARIA TAVARES MIRANDA

PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL I DO SEMIÁRIDO PARAIBANO

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
gov.br FILIPE FERREIRA DA COSTA
Data: 09/04/2024 09:38:36-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa
Orientador – UFPB

Documento assinado digitalmente
gov.br WALLERI CHRISTINI TORELLI REIS
Data: 09/04/2024 15:47:31-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dra. Walleri Christini Torelli Reis
Examinadora – UFPB

Documento assinado digitalmente
gov.br ARDIGLEUSA ALVES COELHO
Data: 09/04/2024 16:41:11-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dra. Ardigleusa Alves Coelho
Examinadora - UEPB

À minha querida mãe, que tanto amo, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir ter saúde e determinação durante a realização deste trabalho, e me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da caminhada.

Aos meus pais, Luzia e Vamberto, mesmo sendo agricultores, nunca mediram esforços para investir em minha vida, sempre me ofertando o melhor, me apoiando e me incentivando

Ao meu noivo Leonardo, que durante toda trajetória do mestrado esteve ao meu lado me apoiando, sendo paciente, mesmo em dias que estava como um furacão.

Ao meu orientador Filipe por ter me aceitado como sua orientanda, pelo conhecimento repassado, e pela parceria durante todo o percurso.

A minha coordenadora, Rachell, que desempenhou um papel crucial desde o meu primeiro dia de trabalho no serviço. Seu apoio, compreensão e incentivo foram elementos fundamentais que me impulsionaram a concluir o mestrado.

Aos colaboradores do serviço, que contribuíram a este trabalho.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, representam pontos de atenção estratégicos dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). São serviços de saúde abertos e comunitários, compostos por equipes multiprofissionais que adotam uma abordagem interdisciplinar. Eles priorizam o atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como àquelas que enfrentam sofrimento ou transtornos mentais em geral. Os processos avaliativos adquiriram função política por meio da reformulação do modelo assistencial, servindo como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, a dissertação tem como objetivo geral analisar as práticas de cuidado e processo de trabalho no CAPS do município de Queimadas-PB, por meio de indicadores de avaliação e monitoramento. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa, em que se analisou o uso de 16 indicadores de monitoramento, avaliação e gestão do CAPS, subdivididos em oito temas: Atenção à Situação de Crise, Qualificação dos Atendimentos Grupais, Trabalho em Rede, Gestão do CAPS, Educação Permanente, Singularização da Atenção, Uso da Medicação e Atenção às Pessoas com Deficiência Intelectual, com um recorte temporal no ano de 2022. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, através do programa excel, com medidas de tendência central e de dispersão. Quanto ao atendimento às situações de crise, os resultados evidenciaram uma média de 40,9% de encaminhamentos de pacientes em crise. No tocante à atenção à família do paciente em crise, obtevese uma média de 41,5%. Percebeu-se ainda uma variação de 3,8% a 23,0% quanto à participação nos grupos de família. A qualificação dos atendimentos grupais, no primeiro trimestre, obteve um percentual de 25%; no segundo, 44,4%; no terceiro, 42,9%; e, no quarto trimestre, 50%. Quanto à formulação de projetos terapêuticos singulares, os resultados variaram de 13,1% a 17,5%. No que tange à revisão sistemática de projeto terapêutico singular na equipe, houve uma variação entre 2,7% a 12,9%. Acerca da quantidade de casos por referência profissional universitário, registrou-se uma variação entre 63 a 89 de casos por profissionais universitários. As porcentagens referentes ao projeto terapêutico singular compartilhado variaram entre 8,1% a 16,5%. Obteve-se ainda 18.388,8 horas por 100.000 habitantes quanto aos recursos humanos de nível superior. Acerca do investimento em ações de educação permanente, registrou-se uma média de 138 horas anuais, o que corresponde a 0,8%. Finalmente, quanto à questão da inserção de pessoas com deficiência intelectual em serviços residenciais terapêuticos, apresentou-se uma porcentagem de 75%. Conclui-se que a efetiva aplicação dos indicadores elaborados pode promover o fortalecimento da cultura avaliativa, aprimorando tanto os CAPS quanto os próprios instrumentos de avaliação. Mais do que permitir a comparação com distintas realidades, essa cultura avaliativa pode contribuir diretamente para a qualificação contínua dos serviços.

Palavras-chaves: Saúde mental, Avaliação em Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS), in their different modalities, represent strategic points of attention within the Psychosocial Care Network (RAPS). These are open and community health services, made up of multidisciplinary teams that adopt an interdisciplinary approach. They prioritize care for people with serious and persistent mental disorders, as well as those facing suffering or mental disorders in general. The evaluation processes acquired a political function through the reformulation of the care model, serving as an instrument to enhance practices that replace the hospital-centric model. Thus, the dissertation's general objective is to analyze the care practices and work process in the CAPS in the city of Queimadas-PB, through evaluation and monitoring indicators. This is an evaluative research, with a quantitative approach, in which the use of 16 CAPS monitoring, evaluation and management indicators were analyzed, subdivided into eight themes: Attention to Crisis Situations, Qualification of Group Care, Networking, CAPS Management, Permanent Education, Singularization of Care, Use of Medication, Care for People with Intellectual Disabilities, with a time frame of 2022. The data were analyzed using descriptive statistics, using the Excel program, with measures of central tendency and dispersion. The results showed that in the first indicator Care for crisis situations, an average of 40.9% of referrals to patients in crisis was obtained, in the second indicator Care for the family of the patient in crisis, an average of 41.5% was obtained, in the third indicator points out Participation in family groups, ranging from 3.8% to 23.0%, the qualification of group services, in the first quarter the percentage was 25%, in the second 44.4%, in the third 42.9 % and in the fourth quarter 50%, in the Formulation of singular therapeutic projects, varied from 13.1% to 17.5%, the indicator Systematic Review of Singular Therapeutic Project in the team varied between 2.7% to 12.9%, the indicator Number of cases per university professional reference, varied between 63 and 89 cases per university professionals, the shared Singular Therapeutic Project indicator, varied between 8.1% and 16.5%, the indicator of higher education human resources, 18,388.8 hours were obtained per 100,000 inhabitants, the indicator of Investment in Permanent Education Actions, observing an average of 138 hours per year, which corresponds to 0.8%, the indicator Insertion of people with Intellectual Disabilities in Therapeutic Residential Services , presented an insertion of 75%. It is concluded that the effective application of the indicators developed can promote the strengthening of the evaluation culture, improving both the CAPS and the evaluation instruments themselves. More than allowing comparison with different realities, this evaluative culture can directly contribute to the continuous qualification of services.

Keywords: Mental health, Health Assessment, Psychosocial Care Center, Health Indicators.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
2. OBJETIVO GERAL 12
2.1 Objetivos específicos 12
3. REFERENCIAL TEÓRICO 13
3.1 Reforma Psiquiátrica 13
3.2 Avaliação em Saúde no Brasil 19
3.3 Avaliação em Saúde Mental 22
4.METODOLOGIA 36
4.1 Desenho do estudo 36
4.2 Cenário do estudo 36
4.3 Instrumentos e coleta de dados 37
4.4 Análise de dados 41
4.5 Aspectos éticos 41
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 41
6. CONCLUSÃO 56
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 58

1- INTRODUÇÃO

No processo de desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica, institui-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, por meio da Portaria n° 3088/GM/MS, direcionada para atender às pessoas com transtornos mentais e/ou dependentes de álcool e outras drogas. No contexto geral da RAPS, objetiva-se coordenar e unir os pontos de atendimento dos sistemas de saúde locais, avaliando o atendimento por meio de práticas de acolhimento, o acompanhamento contínuo e a priorização das situações de urgência (Brasil, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, representam pontos de atenção estratégicos dentro da RAPS. São serviços de saúde abertos e comunitários, compostos por equipes multiprofissionais que adotam uma abordagem interdisciplinar. Eles priorizam o atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como àquelas que enfrentam sofrimento ou transtornos mentais em geral. Isso inclui indivíduos com necessidades relacionadas ao uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas, atendendo-os em sua área territorial, tanto em situações de crise quanto nos processos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Atualmente, os CAPS distinguem-se em seis tipos, que diferem de acordo com a caracterização dos atendimentos e porte populacional, sendo eles CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III.

Os CAPS funcionam “de portas abertas”, oferecendo atendimento tanto para demandas espontâneas quanto para encaminhamentos referenciados entre os serviços intersetoriais, assistindo prioritariamente às pessoas em sofrimento psíquico graves e persistentes. Independentemente da modalidade do CAPS, a equipe multiprofissional deve ser constituída por, ao menos, enfermeiro (a), médico(a) psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem, profissional administrativo, psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional e arteterapeuta. Ela deve ser integrada de acordo com o plano técnico institucional do serviço, respeitando o perfil epidemiológico e socioeconômico de cada localidade (Brasil, 2022).

No último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde (2022), o Brasil contabilizava cerca de 2.836 CAPS habilitados, distribuídos em 1.910 municípios em todos os Estados e no Distrito Federal.

Com a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e sua expansão, os processos avaliativos adquirem função política de servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (Wetzel; Kantorski, 2004).

É crucial considerar a importância do processo de avaliação nos serviços de saúde mental, pois ele desempenha um papel fundamental na melhoria da assistência, na identificação e resolução de problemas, na avaliação da capacidade de resolução e compreensão das perspectivas de diversos atores envolvidos nos serviços, como usuários, familiares e profissionais. Portanto, o processo de avaliação pode ser considerado uma ferramenta útil para gerar conhecimento sobre essa área, apoiando a tomada de decisões e contribuindo para a reformulação dos modelos de assistência e cuidado (Silva et al., 2012).

Na literatura, encontram-se diversas conceituações a respeito da avaliação em saúde e saúde mental. Esta é entendida por autores com base em saúde coletiva como um método reflexivo acerca de um objeto, gerando informações relevantes para o seu aperfeiçoamento e entendimento (Contandriopoulos, 2006).

Onocko e colaboradores (2017), desenvolveram um conjunto de 16 indicadores, agrupados em oito temas direcionados para o monitoramento, avaliação e qualificação dos CAPS. Os indicadores se deram pelo processo participativo entre colaboradores de duas universidades e 58 trabalhadores e gestores dos CAPS III do estado de São Paulo, levando-se em consideração a troca efetiva de saberes entre os trabalhadores e a academia e os diferentes cenários políticos e institucionais, aos quais os CAPS estavam vinculados. Os trabalhadores e gestores dos CAPS III participaram ativamente do processo de definição dos indicadores para esse serviço, debatendo e discutindo as questões enfrentadas no cotidiano.

Assim, reconhecendo que é no cotidiano dos serviços dos CAPS que ocorre a maior parte das ações em saúde mental, evidencia-se a necessidade de serviços bem estruturados, que prestem assistência de qualidade e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. O acompanhamento sistemático das práticas de saúde mental desenvolvidas nos CAPS, por meio de diferentes indicadores que sinalizem para eventuais desvios nos processos de trabalho e/ou no atendimento desses princípios, pode auxiliar gestores, trabalhadores, usuários e seus familiares a qualificarem o processo de trabalho e de cuidado em saúde mental. Dessa forma, este estudo se orienta pela seguinte pergunta norteadora: qual o panorama das práticas de cuidado e do processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial I de Queimadas-PB, considerando a utilização de indicadores de avaliação e monitoramento como instrumentos de análise?

2. OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de cuidado e processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Queimadas-PB, por meio de indicadores de avaliação e monitoramento.

2.1 Objetivos específicos

- Descrever o processo de trabalho da equipe de saúde, de acordo com indicadores propostos por Onocko e colaboradores;
- Analisar criticamente a pertinência e viabilidade dos indicadores estabelecidos quanto ao seu uso rotineiro pelos trabalhadores do serviço de saúde;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários do CAPS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No decorrer deste texto, serão abordados alguns tópicos relevantes por meio de uma revisão de pesquisas e discussões realizadas por pesquisadores da área. Nossa atenção se volta principalmente para a Reforma Psiquiátrica, a Avaliação em Saúde e, de maneira mais específica, a Avaliação em Saúde Mental.

3.1 Reforma Psiquiátrica

O início do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil coincidiu com o surgimento do "movimento sanitário" nos anos 70. Esse movimento visava à transformação dos modelos de atenção e administração em práticas de saúde, à promoção da saúde coletiva, à garantia de equidade na prestação de serviços e ao empoderamento dos profissionais de saúde e dos usuários nos processos de administração e desenvolvimento de abordagens de cuidado (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social, constituído por uma multiplicidade de agentes, instituições e influências de diversas origens. Esse processo se desdobra em uma variedade de contextos, abrangendo instâncias governamentais federais, estaduais e municipais, instituições acadêmicas, o mercado de serviços de saúde, órgãos profissionais, associações de indivíduos com transtornos mentais e suas famílias, movimentos sociais e o domínio do imaginário coletivo e opinião pública. Entendida como um conjunto de mudanças que envolvem práticas, conhecimentos, valores culturais e sociais, o avanço da Reforma Psiquiátrica ocorre no dia a dia das instituições, dos serviços e das interações entre as pessoas. Esse processo é caracterizado por desafios, conflitos e obstáculos que emergem, refletindo as complexidades inerentes a essa transformação (Brasil, 2005).

Amarante (1997: 165) aborda o seguinte sobre o conceito da reforma:

> *Se fosse oportuno, neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fosse possível responder que seria poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da*

> *desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.*

Idealizar uma caracterização forte da Reforma Psiquiátrica é entendê-la como uma ação renovadora desse tipo. Isso se refere a uma interrupção do padrão asilar prevalente, mediante não só o questionamento de seus fundamentos, suas condutas e seus conceitos, mas, sobretudo, no sentido da construção de um modelo ético, político e científico (Yassui, 2010).

O ano de 1978 é marcado pelo início efetivo do movimento social em busca pelos direitos dos pacientes psiquiátricos do Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por sindicalistas, associações de familiares e profissionais, trabalhadores do movimento sanitário e pessoas com longo histórico de internações, iniciou as reivindicações trabalhistas e, denúncia a violência nos manicômios, dando continuidade à luta pela nova psiquiatria (Amarante, 1998).

A década de 80 é marcada pela chegada de novos protagonistas e do programa sanitário à gestão ativa dos serviços e das políticas públicas. Ainda assim, essa década presenciou três grandes processos relevantes para o avanço do movimento da reforma:

> "*...a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental"* (Tenório, 2002*).*

Em 1987, ocorreram dois eventos de grande relevância no contexto da saúde mental no Brasil: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ampliou as discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde; e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência marcou o encerramento da era sanitarista e o início do movimento de desinstitucionalização. Paralelamente, o II Encontro introduziu um princípio inovador: a busca por uma "Sociedade sem Manicômios". Esses marcos impulsionaram a formação do movimento conhecido como Luta Antimanicomial, que convocou a sociedade a reavaliar sua relação com o conceito de loucura e a reformular essa interação. Com o intuito de fortalecer e ampliar esse movimento, foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, celebrado em 18 de maio (Brasil, 1987).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) publicaram o documento *A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental,* que foi denominado como a Declaração de Caracas (Opas, 1990). Posteriormente, a Portaria GM 224/92 regulamentou os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os CAPS.

Soma-se a esse contexto um grande marco histórico para a saúde mental, que aconteceu em 2001, quando a Lei 10.216 é sancionada, autenticando os atendimentos psiquiátricos comunitários no Brasil, redirecionando o modelo da assistência, dispondo proteção às pessoas com transtornos mentais e redimensionando a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001). Ainda em 2002, foi lançada a Portaria nº 336/GM, a regulamentadora dos CAPS, NAPS, assim como os demais tipos de serviços substitutivos do país que compõem a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2011, foi lançada a Portaria n° 3.088, que institui a RAPS, com o objetivo de contemplar a ampliação do acesso e acolhimento para os serviços primordiais no restabelecimento da saúde do indivíduo em sofrimento psíquico. Além disso, ela intentou contribuir para reinserção social desse indivíduo, mediante a sua inclusão no mercado de trabalho, fortalecendo as atividades autônomas. Seus locais de atuação são: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Estratégica (Centro de Atenção Psicossocial), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, além da Estratégia de Desinstitucionalização e Reabilitação (Brasil, 2011). Nos últimos quatro anos, diversos artigos têm focalizado a descontinuidade evidente na política de Estado no campo da saúde mental (Passos, 2017; Onocko-Campos, 2019; Nunes et al., 2019; Moraes et al., 2019; Cruz et al., 2020; Silva et al., 2021). Essa percepção se deve às publicações de uma série de documentos normativos que claramente indicam uma mudança na direção do Ministério da Saúde nas últimas décadas, pautada pelos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Como resultado, esses autores não hesitaram em caracterizar essas mudanças como "retrocessos", descrevendo-as como um "retorno ao modelo manicomial" ou identificando-as como uma "contrarreforma psiquiátrica". Apesar das diversas abordagens metodológicas, conceituais e

argumentativas adotadas, todos esses pontos de vista convergem ao destacar a ressurgência de elementos do modelo prévio à reforma.

Em maio de 2016, com a destituição da presidente Dilma Rousseff, interrompeu-se o processo democrático no país, promovendo uma mudança drástica na orientação das políticas sociais. No mesmo ano, o novo governo (Temer) emitiu uma medida provisória, posteriormente consolidada como a Emenda Constitucional 95/2016. Ela estabeleceu uma contenção de 20 anos nos recursos alocados para diversas políticas sociais, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso marcou o início de um período, agravado nos anos seguintes, caracterizado pela especificação do financiamento já limitado do sistema público de saúde

É preciso reexaminar um evento significativo, ocorrido no semestre imediatamente anterior à destituição da presidenta: a ocorrência da Portaria n. 2.043, datada de 11 de dezembro de 2015, em que se designou Valencius Wurch Duarte Filho para desempenhar a função de coordenador-geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Departamento de Atenção Especializada e Temática, pertencente à Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2015). A restrição na abordagem da saúde mental se originou da designação de um membro parlamentar do partido então conhecido como PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) para liderar o MS. Esse acontecimento ocorreu em meio a uma reorganização da base de apoio governamental, destinada a enfrentar as dificuldades das políticas vigentes. Essa nomeação, aparentemente, foi o primeiro impedimento de uma alteração na orientação do MS em relação à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Esse evento sugere um possível retorno ao modelo asilar, visto que o indivíduo escolhido para supervisionar a saúde mental no âmbito nacional ocupava anteriormente o cargo de diretor técnico na Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, no Rio de Janeiro. É importante mencionar que essa instituição havia passado por uma intervenção do MS nos anos 2000, com a recomendação posterior de encerramento de suas atividades devido à identificação de sérias irregularidades. Essas constatações foram confirmadas por meio de uma auditoria especializada realizada pelo MS, sendo respaldadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços

Hospitalares em 2006 (Carneiro, 2018; Rio de Janeiro, 2000). A nomeação desencadeou manifestações por todo o território brasileiro, levando à ocupação do gabinete da Coordenação Nacional de Saúde Mental por um período de 121 dias. Em 9 de maio, ocorreu a exoneração de Valencius Wurch (Dias, 2016).

No intervalo de dezembro de 2016 a maio de 2019, foram emitidos cerca de quinze documentos normativos, incluindo portarias, resoluções, decretos e editais, que formaram o conjunto ao qual a nota técnica 11/2019CGMAD/DAPES/SAS/MS deu o nome de "Nova Política Nacional de Saúde Mental". Essa “Nova Política" é descrita como um "processo em constante evolução para reformar o modelo de cuidados em saúde mental, buscando melhorias sem comprometer os princípios fundamentais estabelecidos na Lei 20.216/2001" (Brasil, 2019).

A Portaria nº 1.482 do Ministério da Saúde (Brasil, 2016), embora não oficialmente integrada à chamada "Nova Política Nacional de Saúde Mental", efetivamente publicou uma série de documentos que assinalou uma crescente ruptura da abordagem oficial do ministério com os princípios da RPB. Nessa portaria, houve uma inovação marcante com a inclusão das comunidades terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que facilitou seu financiamento por meio de recursos públicos. Já em 2017, a Resolução n. 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) estabeleceu, de maneira bastante abstrata, novos critérios para a supervisão, avaliação e regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial Raps (Brasil, 2017a).

Posteriormente, no âmbito das políticas de saúde mental, em dezembro de 2017, ainda durante o mesmo governo, foi emitida a Resolução n. 32. Esta resolução incluiu a modalidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e também integrou os hospitais psiquiátricos como elementos da RAPS (Brasil, 2017a). Poucos dias após a divulgação desse documento, foi publicada a Portaria n. 3.588, consolidando como AMENT's, Unidades Ambulatoriais Especializadas e a reintegração dos Hospitais Psiquiátricos Especializados na rede. Além disso, essa portaria criou o CAPS IV, projetado para cidades com mais de 500.000 habitantes, autorizado a prestar assistência em situações de urgência/emergência (Brasil, 2017b). Em

agosto de 2018, foi publicada a Portaria n° 2.434, dispondo do aumento ao valor pago pelo governo das diárias para internações acima de 90 dias (Brasil, 2018).

Seguindo o fortalecimento da contra Reforma Psiquiátrica, em fevereiro de 2019, foi lançada a nota técnica n° 11/2019, esclarecendo as mudanças na PNSM e nas Diretrizes da Política Nacional sobre drogas, reiterando que o hospital psiquiátrico, as AMENT'S, os CAPS IV, ocupam o mesmo lugar na RAPS. Assim como os demais serviços, esses também são importantes na rede (Brasil, 2019a). Desde então, o Ministério da Saúde começou os investimentos para compras de equipamentos de eletroconvulsoterapia, sendo incluído na relação nacional de equipamentos e materiais permanentes do SUS. Para Pitta e Guljor (2019), não há base sólida para a especificação do financiamento generalizado dessas instalações e equipamentos, uma vez que essa prática deve ser reservada para situações específicas, não havendo consenso sobre tal abordagem. Além disso, na nota mencionada, declara-se não haver evidências históricas de que os hospitais psiquiátricos devam ser encerrados em nível global. Esse posicionamento implica que o governo não mais defende o seu fechamento, apontando claramente para um respaldo da administração federal a um desvio em relação à reforma psiquiátrica, ao fomentar a permanência e ampliação de serviços de natureza asilar.

Em abril de 2019, foi emitido o decreto n. 9.761, que revogou a abordagem de redução de danos externos para a atenção em um contexto de liberdade, atualizando-a por um enfoque em comunidades terapêuticas que seguem uma abordagem proibicionista, centrada no isolamento e na busca pela abstinência (Brasil, 2019b).

Avançando na Contrarreforma Psiquiátrica, em 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, a Federação Nacional de Médicos, a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia e a Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual divulgaram um documento intitulado "Diretrizes para um Modelo Abrangente de Cuidados em Saúde Mental no Brasil", no qual advogam pela incorporação central da psiquiatria nos serviços da RAPS. Além disso, no documento, os

CAPS são referidos como "serviços cuja eficácia não foi comprovada", o que contrapõe os princípios da RPB. Isso evidencia de maneira explícita a concordância com a Contrarreforma e o alinhamento com tal perspectiva (ABP, 2020). Em dezembro de 2020, representantes do Ministério da Saúde apresentaram ao Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) um documento informalmente chamado "revogaço", que propunha a eliminação de serviços como os CAPS, serviços terapêuticos residenciais, equipes de atenção psicossocial nas ruas, além de interrupção do Programa de Volta para Casa e restrições ao atendimento psiquiátrico em outras modalidades de CAPS. Após o vazamento desse conteúdo e sua subsequente ocorrência negativa, o governo federal alegou que tal informação era uma “Fake News”. Entretanto, a explicação apresentada sobre o conteúdo do documento foi insuficiente (Calvi, 2020).

Apesar do desaparecimento de certas notas e portarias no site do Ministério da Saúde, é incontestável que o Brasil testemunhou um retrocesso de suas políticas públicas de saúde mental. Segundo a organização Desinstitute (2021), a mudança de paradigma na PNSM, do modelo hospitalar psiquiátrico em prol de uma abordagem vertical e imperativa, levou a uma centralização excessiva no hospital psiquiátrico, negligenciando a participação social e ignorando os relatórios de hospitais que apontam para as transgressões ocorridas tanto em hospitais psiquiátricos quanto em comunidades terapêuticas.

3.2 Avaliação em Saúde no Brasil

No Brasil, estudos destacam a necessidade de avaliar os cuidados em saúde mental, enfatizando a importância de realizar análises que subsidiem o aprimoramento do modelo de atenção psicossocial e dos diversos componentes da RAPS. A escassez de dados que possam embasar a criação de parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos é reconhecida como um desafio a ser enfrentado. Essa lacuna, no entanto, reflete a carência de uma tradição consolidada na área de avaliação de políticas e programas de saúde mental (Costa et al. 2015; Mendes; Rocha 2016; Oliveira et al. 2014; Trapé; Campos 2017).

Nos anos 1990, o Brasil começa a se interessar pela avaliação, quando os números das iniciativas relacionadas às políticas públicas e sociais aumentaram, no momento da Constituição de 1988, quando os direitos civis dos brasileiros foram expandidos (Hartz, 1997). Com a implantação das ações do SUS, ele se tornou um amplo projeto social do país, surgindo diversos questionamentos a respeito da sua eficácia, efetividade e eficiência. Desde então, estimulou-se o surgimento de demandas por avaliações (Figueiredo; Tanaka 1996).

Com base no crescimento do interesse pela temática, especificamente no terceiro setor e nas universidades, o Brasil possui ainda uma longa trajetória a seguir, para o aperfeiçoamento na perspectiva de incorporar a avaliação na gestão de iniciativas públicas como uma prática a se realizar, além de uma forma de prestar conta à população, no que diz respeito aos recursos adquiridos na área social (Furtado, 2006).

Apesar de existir na literatura diferentes significados para a terminologia "avaliação", cabe dar destaque à seguinte definição:

> *Avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos, 2006).*

Essa diversificação de significados e terminologias, como citado anteriormente, com base no referencial epistemológico de Kuhn (1987), sugere um estado pré-paradigmático nesse campo da pesquisa avaliativa, caracterizado por tantas teorias e uma ampla divergência conceitual entre os pesquisadores. Para Guba e Lincoln (1989), apesar das possíveis limitações de ordem epistemológica, desde o seu surgimento, o campo avaliativo está em evolução. No último século, sua trajetória histórica se divide em quatro gerações:

> *A primeira geração se caracterizaria pela* mensuração *e estaria atrelada à avaliação do desempenho de escolares. Dois fatores influenciaram o desenvolvimento desta primeira geração: a ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. Durante os 30 primeiros anos do século XX os termos "avaliação" e "mensuração" tornaram-se intercambiáveis e é notável a proliferação de textos contendo propostas de testes para escolares. Nesta fase o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos*

> *que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários etc (Guba; Lincoln, 1989).*

Na segunda geração, marcada pela descrição, surge a avaliação de programa. Ela se deu pela primeira vez nos Estados Unidos (EUA), diante da necessidade de identificar, mediante a análise dos currículos escolares, incluindo seu funcionamento na prática. Seu objetivo era não só mensurar os resultados, como aborda a primeira geração, mas descrever e identificar todo processo da atividade, alcançando (ou não) os seus resultados.

A terceira geração teve início em meados de 1950, representada pelo julgamento. Além do avaliador continuar descrevendo e mensurando os resultados, nessa nova geração, passa-se a estabelecer a relevância do programa avaliado, embasando-se em referenciais externos.

Porém, Guba e Lincoln (1989) ainda identificam certas limitações e problemas presentes nas três gerações de avaliação abordadas. Eles elencaram em:

> *-tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos; incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa; -hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta; -caracterização como "não científico" tudo que fuja ao que foi anteriormente citado e; -desresponsabilização moral e ética do avaliador (já que a ciência seria livre de valores).* *(*Guba e Lincoln, 1989)

Diante disso, os próprios autores designaram a quarta geração, que entra como uma opção aos referenciais anteriores, retratando a inclusão e participação. Dessa forma, o pesquisador-avaliador se põe como parte da avaliação, tornando um processo de negociação entre os participantes incluídos na intervenção (Guba; Lincoln, 1989).

Podemos destacar como iniciativas avaliativas de esfera nacional para saúde o Índice de Desempenho do SUS (IDUS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O IDSUS se apresenta como *“um conjunto de indicadores simples e compostos, que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes”* (Brasil, 2012).

Por meio da Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011, foi proposto o

PMAQ-AB, utilizado como instrumento de avaliação, lançado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade e infraestrutura na APS. No contexto da Saúde Mental, são previstas ações educativas e preventivas relacionadas ao uso de álcool e outras substâncias. Nessa portaria, foram definidos quatro indicadores destinados ao monitoramento mensal dessas atividades: 1 - Proporção de atendimentos em SM, exceto de usuários de álcool e drogas; 2 - Proporção de atendimentos de usuário de álcool; 3 - Proporção de atendimentos de usuário de drogas; 4 - Taxa de prevalência de alcoolismo (Brasil, 2011).

Diante do IDSUS e PMAQ , é possível observar uma gama de indicadores aplicados de forma avaliativa nos serviços ou redes de serviços. Porém, no IDSUS, não há indicador referente à saúde mental; já no PMAQ-AB, existem apenas quatro indicadores relacionados às práticas em saúde mental, restringindo-se ao tema do uso de substâncias psicoativas.

No Brasil, os instrumentos mais utilizados na avaliação dos serviços de saúde mental são as escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. Apesar de oferecerem a vantagem de gerar dados comparáveis a outros contextos, esses instrumentos apresentam algumas limitações. Isso ocorre porque os dados são obtidos exclusivamente da perspectiva dos profissionais de saúde, ou que os tornam instrumentos altamente específicos e não abrangentes o suficiente para captar todas as características singulares da atenção à saúde mental (Rocha; Zanardo, 2022).

3.3 Avaliação em Saúde Mental

Considerando a reestruturação em curso no modelo de atenção à saúde mental e a complexidade do contexto associado a esse tema, é de extrema importância ampliar as abordagens de avaliação desse modelo, visando contribuir para sua funcionalidade e implementação eficaz (Lima; Schneider, 2013). As práticas realizadas nos serviços de saúde mental podem ser fortalecidas por uma análise mais profunda, com a finalidade de aprimorar a eficácia e a efetividade dos serviços prestados aos usuários (Costa et al., 2014).

A OMS, em 2001, lançou uma série de documentos, com objetivo de qualificar a Saúde Mental nos países, iniciando pelo *Programa Mundial de Ação em Saúde Mental*. Seu plano é a substituição do modelo asilar por um planejamento positivo, em que a saúde mental seja integrada em todos os níveis de atenção. O projeto *Atlas de Saúde Mental,* com edições atualizadas nos anos de 2001, 2005, 2011, 2014 e 2021, objetiva a coleta, seleção e propagação dos dados sobre os recursos utilizados mundialmente da Saúde Mental, sendo importantes para disponibilizar os serviços e cuidados para os indivíduos com transtornos mentais (OMS, 2001).

Em 2008, foi lançado um novo programa pela OMS, o MI-GAP - *Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde,* cuja meta é a ampliação dos recursos financeiros e humanos, expandindo a cobertura da rede de atenção e instituindo intervenções prioritárias, principalmente nos países de média e baixa renda, potencializando o compromisso dos governos, organizações internacionais e os demais interessados (OMS, 2008).

Na 66ª Assembléia Mundial de Saúde, em 2013, foi adotado o Plano de Ação em Saúde Mental, referente ao período de 2013-2020, por todos os países (194) membros da OMS. Esse plano é o primeiro na história da OMS que estabelece padrões para trazer melhorias em saúde mental, valorizando e incentivando as ações, como também buscando a prevenção e proteção ao usuário da saúde mental, no que diz respeito à redução do estigma e a garantia dos seus direitos (OMS, 2013). O presente documento apresenta quatro objetivos:

> 1. *Fortalecer a liderança eficaz e a governança para a saúde mental.*
> 2. *Fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em ambientes comunitários.*
> 3. *Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.*
> 4. *Fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas para a saúde mental. (WHO, 2013).*

Por meio do Caderno de Diretrizes do Ministério da Saúde brasileiro, em 2014, identificamos apenas um indicador apresentado pela pasta da Saúde Mental. Esse indicador abordava exclusivamente a cobertura dos CAPS em âmbito nacional/regional, calculada com base na população. Embora seja uma métrica relevante, ela não possuía a capacidade de avaliar as práticas de cuidados oferecidas nas diferentes atividades, nem de estimar a eficácia dos

serviços prestados. É importante notar que esse indicador foi descontinuado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Em 2015, a OMS lançou o Atlas de Saúde Mental de 2014, que foi utilizado para acompanhar o desenvolvimento do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, destinando os parâmetros das metas estabelecidas (OMS, 2015). Porém, o novo Atlas de Saúde Mental, lançado em 2020 pela OMS, revela um cenário preocupante: *"uma falha mundial em fornecer às pessoas os serviços de saúde mental de que precisam, em um momento em que a pandemia de COVID-19 está destacando uma necessidade crescente de apoio à saúde mental"* (OMS, 2021).

O Atlas é lançado a cada três anos para fornecer os dados de todos os países sobre *as políticas de saúde mental, financiamento, recursos humanos, legislação, disponibilidade, utilização de serviços e sistema de coleta de dados,* bem como a monitorização do andamento dos cumprimentos das metas estabelecidas no Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS.

No período de 20 a 28 de maio de 2019, ocorreu a 72ª Assembléia Mundial de Saúde, em Genebra, e o Plano de Ação em Saúde Mental foi prorrogado até 2030.

No documento de Pactuação Interfederativa referente ao período de 2017 a 2021, foi apresentado um novo indicador destinado às iniciativas de Matriciamento Sistemático, envolvendo os CAPS e os profissionais que atuam na Atenção Básica. Essa proposta foi formalizada por meio da Resolução n° 8 e teve como objetivo a integração dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Primária, alinhando-se às diretrizes internacionais que orientam a reorganização dos sistemas de saúde (Brasil, 2016).

No Brasil, as primeiras tentativas de realizar uma avaliação sistemática do novo modelo de assistência em saúde mental surgiram na década de 1990. Isso se deu por meio dos estudos de Pitta (1995) e Libério (1999), que focalizaram a qualidade do atendimento nos CAPS

Sob a perspectiva dos profissionais de saúde, os instrumentos de avaliação mais comuns para analisar os serviços de saúde mental no Brasil

incluem a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (Impacto-BR). Esses instrumentos foram originalmente desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e posteriormente traduzidos e validados para uso no Brasil por Bandeira *et al*. A SATIS-BR tem como objetivo medir a satisfação global da equipe técnica com o serviço de saúde mental e é dividida em quatro fatores distintos: (1) qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes; (2) participação da equipe no serviço; (3) condições de trabalho; e (4) relacionamento no serviço. Por outro lado, a IMPACTO-BR visa avaliar a sobrecarga que os profissionais sentem devido ao trabalho diário com indivíduos que possuem transtornos mentais. Essa sobrecarga é avaliada em uma perspectiva global, além de ser desmembrada em três fatores específicos: (1) efeitos sobre a saúde física e mental; (2) impacto no funcionamento da equipe; e (3) sentimento de sobrecarga pessoal (Bandeira et al., 2000).

Em um estudo conduzido por Kantorski e colaboradores (2009), o qual englobou uma amostra de 1.162 usuários provenientes de 30 centros de atenção psicossocial situados nos três estados da região Sul do Brasil, foi empregada uma abordagem quantitativa para avaliar a satisfação por meio da escala SATIS. Os resultados revelaram uma avaliação positiva da satisfação em relação a todos os itens, com uma média de pontuação de 4,4 (desvio-padrão = 0,4) em uma escala que variava de 1 a 5. A comunicação e o relacionamento com a equipe obtiveram uma avaliação média de 4,5 (DP=0,5), enquanto o acesso às informações fornecidas pela equipe alcançou uma média de 4,8. A satisfação com o serviço recebeu uma média mais baixa, atingindo 4,1; as condições gerais de instalação do serviço tiveram uma média de 3,9. No estudo qualitativo, os participantes expressaram que o tratamento no serviço foi considerado bom e resultou em satisfação. O reposicionamento dos usuários foi visto como contributivo para essa satisfação, juntamente com o acesso ao atendimento, a superação do isolamento físico e social, o acolhimento de suas demandas e o auxílio na organização de suas vidas.

Onocko (2009) realizou uma pesquisa avaliativa qualitativa na cidade de

Campinas-SP, cujos dados foram coletados por meio de 20 grupos focais em CAPS III. Quanto à atenção ao usuário em crise, os participantes avaliaram de forma positiva a permanência do usuário em crise com a mesma equipe, permitido pela existência de leitos nos CAPS III. O Projeto Terapêutico Individual foi reconhecido como um procedimento estabelecido nos serviços, sendo revisado periodicamente e com a precaução de não o transformar em um processo excessivamente burocrático ou rígido. No entanto, referiram-se quantidades excessivas por profissional de referência.

Os participantes observaram que essas práticas ocorrem em todos os CAPS, em várias modalidades, mas não são debatidas ou monitoradas entre os profissionais. Por outro lado, os usuários destacaram os grupos como um espaço valioso para aprendizado e intercâmbio, enquanto os familiares os descreveram como oportunidades de apoio, embora preferissem horários mais convenientes e a presença do técnico responsável por seu familiar (Onocko, 2009).

Na avaliação, foram abordados temas como o reconhecimento da responsabilidade do gestor em relação à clínica praticada, a importância das passagens de plantão como um meio privilegiado de contato com a realidade do serviço e críticas à forma como os plantões noturnos se estruturam de maneira semelhante às rotinas dos hospitais psiquiátricos. Os participantes também mencionaram a ausência de um plano de cargos e salários, além da falta de isonomia e de avaliação dos trabalhadores. Apesar da valorização das supervisões clínicas e institucionais pelos trabalhadores, eles destacaram a necessidade de instâncias de acompanhamento e avaliação dessas práticas (Onocko, 2009).

A organização dos plantões noturnos e de fins de semana foi apontada como uma fonte significativa de angústia, uma vez que os profissionais permanecem em contato direto com pacientes em crise por longos períodos, tendo que tomar decisões importantes sobre os casos de forma independente. Além disso, várias doenças, como hipertensão e depressão, foram relacionadas à somatização do sofrimento decorrente do trabalho. As passagens de plantões, reuniões de equipe e supervisões foram mencionadas como formas de auxiliar a lidar com esse sofrimento (Onocko, 2009).

No estudo de Tomasi *et al*. (2010), foram identificadas reduções significativas na ocorrência de crises, no uso de medicamentos e no número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de atendimento no CAPS e aqueles que receberam atendimento intensivo. Entre os usuários que não receberam atendimento intensivo, houve uma diminuição no uso de medicamentos e um aumento na participação em grupos e oficinas terapêuticas. Já no estudo de Silva *et al*. (2012), os usuários descreveram melhorias no humor, resolução de problemas pessoais, interesse pela vida, autoconfiança, qualidade do sono, estabilidade emocional e habilidade para lidar com situações difíceis.

Em 2011, Camatta *et al*. realizaram uma pesquisa avaliativa utilizando o referencial teórico metodológico da Avaliação de Quarta Geração, por meio de entrevistas com 13 familiares do CAPS. Os familiares discutem os elementos ligados à infraestrutura do serviço. Eles expressaram contentamento com o ambiente físico, mas também enfatizam a importância de aprimoramentos na estrutura. Um dos entrevistados ressalta que a participação da família no serviço é limitada, o que tem impacto negativo no tratamento do usuário.

Oliveira *et al*. (2014) salientam a relevância da condução da avaliação de satisfação, ressaltando, contudo, que é imperativo considerar que a satisfação dos usuários pode estar intimamente vinculada às suas expectativas em relação aos serviços. Em outras palavras, quando existe uma expectativa elevada e a percepção da qualidade é baixa, isso pode resultar em níveis reduzidos de satisfação. Em contrapartida, se as expectativas são inicialmente modestas, o que é comum em áreas com menos recursos econômicos, a satisfação tende a ser mais elevada.

Um estudo conduzido por Sampaio e Bispo (2021) avaliou a estrutura da rede de atenção psicossocial e constatou que a rede assistencial não era adequada para atender à demanda em saúde mental. Isso resultou em sobrecarga nos serviços existentes, longas filas de espera e dificuldades de acesso.

Em 2022, Rocha e Zanardo validaram um instrumento denominado de Avalia-CAPS, versão profissionais, tendo como participantes 195 profissionais do CAPS, fundamentado nos princípios de Atenção Psicossocial preconizados pela

OMS como modelo de cuidado em saúde mental. Ele foi elaborado com questões específicas a fim de avaliar dois principais eixos teóricos: a autonomia e a integralidade e intersetorialidade. O instrumento destinado aos profissionais contém 38 questões distribuídas em oito fatores, quais sejam: 1) resultados; 2) autonomia: tratamento centrado no usuário e suas necessidades; 3) autonomia: informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento; 4) autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias; 5) integralidade: integração comunitária; 6) integralidade: participação da família no tratamento; 7) coordenação com atenção primária o instrumento; e 8) equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise. As respostas são apresentadas na escala de Likert com quatro pontos: Com certeza, sim (4); Provavelmente, sim (3); Provavelmente, não (2); Com certeza, não (1); Não sei/não lembro (0).

A versão do Avalia CAPS destinada aos usuários compreende igualmente os mesmos oito fatores, distribuídos em 35 questões. No processo de validação desse instrumento, foram envolvidos 351 usuários. Os resultados revelaram que 54,37% da variância pode ser explicada por esses fatores. Além disso, converteu-se uma análise de convergência entre a escala "SATIS BR" e o "Avalia CAPS", demonstrando correlações positivas e moderadas entre ambas (Machado, 2020).

Em 2017, Onocko apresentou um conjunto de indicadores que foram desenvolvidos por meio de um processo participativo destinado aos Centros de Atenção Psicossocial III no estado de São Paulo. Para conduzir o processo de elaboração dos indicadores e participação dos trabalhadores, foi ofertado um curso sobre avaliação em saúde mental a todos os participantes do estudo, ministrado durante 11 meses. Foi exposto como base para as discussões nos grupos um conjunto de indicadores desenvolvido pelos mesmos pesquisadores anteriormente em um outro serviço CAPS III de uma cidade paulista. Por meio de Grupos de Apreciação Partilhada (GAP) mediados por convidados referência de respectivo tema e apoiadores mestrandos e doutorando de programas de pós-graduação de universidades, eram realizadas as discussões a cada reunião. Desde então, deu-se a definição de indicadores, por meio das convergências entre as dificuldades percebidas pelos trabalhadores no cotidiano, a reflexão

instigada acerca das temáticas expostas durante os GAP e as considerações realizadas entre os indicadores propostos, confrontados com a realidade de cada equipe ali representada. Esses indicadores foram divididos em oito temas distintos: atenção à situação de crise; qualificação dos atendimentos em grupo; trabalho em rede; gestão dos Centros de Atenção Psicossocial; educação permanente; singularização da atenção; atenção às pessoas com deficiência intelectual; e uso de medicação. Esses indicadores passaram por testes nos serviços e têm o potencial de serem extremamente úteis para apoiar processos de avaliação, monitoramento e gestão dos Centros de Atenção Psicossocial III. A seguir, discutiremos cada um desses indicadores propostos.

3.3.1 Atenção à situação em crise

Esta questão de análise se refere à natureza do cuidado prestado durante situações identificadas como crises, e se esse cuidado ainda carrega características de institucionalização e medidas involuntárias como sua abordagem principal. Aparentemente, nesses momentos, é mais comum o recurso a procedimentos associados ao antigo modelo asilar, como a contenção física, a administração excessiva de medicamentos, a tutela, o controle e a violência contra as pessoas que sofrem intensa angústia mental. Assim, as situações de crise surgem como um ponto focal para discutir a reorientação do modelo de atenção em saúde mental buscado no Brasil desde o período da redemocratização (Cruz et al., 2019).

A abordagem da crise no âmbito do modelo asilar tem como resultado o afastamento do indivíduo de seu ambiente natural e da comunidade, muitas vezes mediante a desterritorialização e prolongadas internações. Historicamente, isso tem levado à criação de uma população que reside em hospitais psiquiátricos por longos períodos.

Portanto, o indicador número 1 (Atendimento às situações de crise) enfatiza a habilidade do serviço em lidar com situações agudas e extremas localmente, minimizando a necessidade de encaminhamentos para enfermarias ou prontos-socorros psiquiátricos. O indicador número 2 (Atenção à família de pacientes em crise) enfatiza a capacidade do Caps de abordar questões além do

caso individual, levando em consideração as demandas e necessidades dos familiares, bem como promovendo a colaboração com eles na prestação de cuidados (Onocko; 2017).

3.3.2 Qualificação dos Atendimentos Grupais

Colocar a família no centro de discussão sobre saúde mental é um elemento facilitador para a reintegração social de indivíduos que foram estigmatizados devido a problemas de saúde mental. Como apontado por Fonseca (2005, p.51), o foco de intervenção no cuidado à saúde mental "exige aprofundar a discussão sobre o que é uma família", ou seja, "lançar um olhar reflexivo" sobre a definição de família que estamos considerando, uma vez que essa categoria social pode variar significativamente, inclusive em termos de membros que a compõem, dependendo do contexto cultural e social.

O grupo de família é um componente essencial na abordagem de saúde mental e, ao mesmo tempo, é como um dispositivo de transferência dentro da instituição CAPS. Ao levar em conta as particularidades de cada familiar, os serviços de saúde mental podem desenvolver abordagens específicas para atender às necessidades de cada família, considerando as subjetividades envolvidas. Os grupos de escuta oferecem aos familiares a oportunidade de ouvir e compreender uns aos outros, bem como de refletir sobre suas próprias experiências (Furlan; Ribeiro, 2011).

A família deve ser alvo de intervenção por parte dos profissionais do CAPS. Isso é necessário para reconhecer suas preocupações e receber apoio na redução da sobrecarga frequentemente enfrentada. Essa sobrecarga pode se manifestar de diversas formas, incluindo desafios financeiros, emocionais e relacionados ao cuidado (Borba et al., 2008).

3.3.3 Trabalho em Rede

A colaboração entre instituições e profissionais desempenha um papel central na reorientação do modelo de atenção em saúde mental. A necessidade de trabalhar em rede é uma perspectiva amplamente compartilhada por todos os envolvidos no processo de elaboração desses indicadores. O coletivo

responsável pela criação desses indicadores encontrou uma maneira de evidenciar o trabalho compartilhado. Isso foi alcançado por meio da relação entre os projetos terapêuticos prolongados simultaneamente pelos CAPS e outros serviços de saúde, ou mesmo de outros setores, em relação ao número total de pessoas atendidas. Esse indicador objetiva capturar as capacidades de trabalho interprofissional e intersetorial, que coloca na prática a noção de trabalho em rede no contexto da saúde mental (Onocko, 2017).

3.3.4 Gestão de CAPS

Discutir a gestão no contexto do SUS é um processo complexo, especialmente quando se trata da avaliação de um serviço de saúde mental, como os CAPS. Os CAPS podem ser considerados como "novos serviços", uma vez que foram criados para romper com o antigo modelo centrado no hospital, o qual reproduzia práticas de isolamento, segregação, exclusão e submissão à autoridade. Nessa perspectiva, a gestão deve ser detalhada como uma ação política que envolve interlocução e avaliação. Ela requer uma metodologia específica que considere a pluralidade e a interdisciplinaridade, com foco nas interrelações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e prática clínica (Onocko, 2006).

Em 2009, Onocko realizou uma pesquisa e apresentou que a estruturação da gestão tem um efeito direto na maneira como as equipes se direcionam, o que confirma a necessidade de estratégias que harmonizem as abordagens de gerenciamento com a prática clínica realizada nos serviços.

3.3.5 Educação Permanente em Saúde e Supervisão clínico-institucional

A Educação Permanente em Saúde (EPS) teve seu início na década de 1980, promovida principalmente pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1988). Desde então, sua estruturação passou a ser influenciada pelas discussões e divergências relacionadas à sua terminologia (Lemos, 2016).

De acordo com a abordagem mais amplamente aceita no Brasil, a EPS tem sua base na concepção de educação como um processo de transformação e aprendizagem, destacando a importância do trabalho como uma fonte

significativa de conhecimento. Nesse contexto, a EPS reforça o trabalho como uma fonte de saberes, enfatizando a organização do trabalho e das práticas diárias como elementos centrais para a reflexão e produção de conhecimento.

Ela promove ações educativas interdisciplinares, contextualizadas de acordo com as necessidades reais de saúde e busca envolver a participação coletiva nesse processo (Ceccim, 2008).

Em determinadas pesquisas, as opiniões dos profissionais dos CAPS revelaram profundidade com a abordagem problematizadora de Paulo Freire. Isso se deu por meio de uma educação crítica e dialógica com o objetivo de proporcionar ao educando uma aprendizagem que envolva aspectos culturais, consciência social e política. Essa abordagem busca fornecer conhecimento de maneira estruturada e sistematizada, transformando o indivíduo em um agente social comprometido com uma prática libertadora (Pinheiro et al., 2019; Bermudez; Siqueira, 2017; Leite; Rocha, 2017). Dentro desse contexto, os profissionais dos CAPS enxergam a EPS como uma ferramenta de trabalho que viabiliza a reflexão e o questionamento das práticas, além de promover sua própria participação na tomada de decisões e no aprimoramento do processo de trabalho (Pinheiro et al., 2019; Nunes et al., 2019; Cescon et al., 2018; Wetzel et al., 2018).

A EPS fundamentada nas concepções de Paulo Freire tem como característica central a transformação da realidade, possibilitando a construção de um cuidado de alta qualidade (Freire, 2013). Vale destacar que a pedagogia de Paulo Freire serviu como base teórica para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pela sua ênfase na formação contínua dos profissionais, por meio da análise crítica da realidade cotidiana (Sá; Florindo, 2012). Essa abordagem de Freire está alinhada com as necessidades do SUS, pois reconhece o indivíduo como um agente ativo que deve ser capacitado e colocado no centro do processo de cuidado.

Portanto, é fundamental ressaltar que a EPS impulsiona a melhoria da gestão do trabalho ao fortalecer e enaltecer a interação dentro da equipe, ao criar e facilitar espaços para compartilhar e construir conhecimento, bem como ao

promover uma ampliação do diálogo (Medeiros et al., 2010). A EPS, em última instância, busca capacitar cada grupo de profissionais para analisar o próprio trabalho e ampliar sua habilidade de atender às demandas dos usuários. Ela faz isso ao instigar a reinvenção do ambiente de trabalho, especialmente em relação às práticas de cuidado (Merhy et al., 2006).

A incorporação da supervisão clínico-institucional em centros de atenção psicossocial foi resultado das deliberações de um grupo de trabalho durante o I Congresso Brasileiro de CAPS, realizado em São Paulo, em 2004. Isso levou à promulgação da Portaria Ministerial 1.174/2005, que destinou incentivos financeiros aos estados, municípios e ao Distrito Federal, em caráter emergencial e temporário. Esses recursos intentavam auxiliar os municípios na implementação do Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos Centros de Atenção Psicossocial, que incluía a prática de supervisão clínicoinstitucional de forma semanal (Brasil, 2005).

3.3.6 Singularização da Atenção

A Portaria Ministerial 3.088/2011 estabelece, em seu Artigo 7o, § 3º, que o cuidado no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial é elaborado por meio do Projeto Terapêutico Individual, o qual requer a colaboração da equipe, do usuário e de sua família na sua construção. Esse plano, posteriormente denominado Projeto Terapêutico Singular - PTS, representa uma relevante ferramenta de cuidado. Conforme a OMS (2001), o tratamento em saúde mental deve ser adaptado de acordo com as necessidades do indivíduo, considerando que essas necessidades se modificam à medida que a condição de saúde evolui e as circunstâncias de vida do paciente se alteram.

Boccardo e colaboradores (2011) afirmam que a elaboração dos PTSs desempenha um papel fundamental na promoção e organização do trabalho dentro da abordagem de cuidados nos serviços de saúde mental. Conforme os autores, trata-se de uma estratégia de cuidado que, no âmbito de sua concepção e execução, engloba o indivíduo com transtorno mental, seus familiares e a rede social em um fluxo contínuo, integrado e consensual de ações voltadas para a satisfação das necessidades e a promoção da autonomia, protagonismo e

inclusão social. Adicionalmente, esse processo busca alcançar mudanças duradouras ao longo do tempo, reduzindo a dependência exclusiva dos indivíduos dos serviços de saúde por meio da mobilização de recursos externos a eles.

Os autores destacaram a presença de três elementos essenciais para a viabilização da estratégia de elaboração de PTSs. Primeiro, registra-se a importância de uma articulação dinâmica entre os diferentes contextos de vida do indivíduo na formulação do PTS, indo além das atividades oferecidas pelo CAPS e incorporando as redes de apoio social existentes ou necessárias, com revisão periódica e definição de metas. O segundo aspecto se refere à estruturação da equipe, que deve demonstrar capacidade de colaboração interdisciplinar e operar sob uma abordagem de cuidado integral ao indivíduo. Isso implica em uma maior responsabilidade, sugerindo a necessidade de designar profissionais ou equipes específicas para cada caso, assegurando assim um compromisso e disponibilidade contínua para o usuário, bem como um acompanhamento efetivo e constante de seu plano terapêutico. Como terceiro fator, destaca-se a própria configuração do serviço, que precisa adotar medidas que incentivem a implementação de práticas tanto dentro quanto fora do CAPS. Essas práticas devem visar ao acolhimento, ao estabelecimento de vínculos e ao compromisso com o tratamento (Boccardo et al., 2011).

Para alcançar esse objetivo, foram desenvolvidos três indicadores complementares. O primeiro busca determinar o número de pacientes que possuem um plano terapêutico formulado. Em seguida, o segundo indicador avalia a frequência de revisão e ajuste desse plano, levando em consideração possíveis mudanças no paciente e em seu ambiente. Por fim, o terceiro indicador investiga a relação entre o número de pacientes sob a responsabilidade de cada técnico ou equipe de referência, uma proporção que exerce uma forte influência na efetivação da atenção individualizada.

3.3.7 Uso de Medicação em CAPS

O uso de medicamentos psicotrópicos desempenha um papel fundamental no tratamento de diversos transtornos. Mas é importante observar que eles podem

estar associados a eventos adversos e interações medicamentosas significativas. Consequentemente, essa classe de medicamentos pode contribuir para internações hospitalares devido às complicações relacionadas ao uso inadequado (Hahn; Braus, 2012).

No contexto da saúde mental, a prática de uso racional de medicamentos (URM) assume uma importância ainda maior, devido à natureza crônica de muitos tratamentos nessa área. Isso se deve à necessidade de manter esses tratamentos e, em alguns casos, combiná-los com outros medicamentos ao longo de períodos prolongados. Para promover o uso racional, é fundamental adotar práticas que incluam a padronização de condutas e o estabelecimento de listas de medicamentos essenciais pelos serviços de saúde mental, bem como protocolos de tratamento baseados em evidência. Essas medidas são significativamente importantes para garantir o acesso dos pacientes a terapias seguras e eficazes (WHO, 1987).

A discussão sobre o uso de medicamentos nos CAPS ainda é um tema pouco explorado pelos usuários e, muitas vezes, restrito à esfera dos profissionais da equipe multidisciplinar, deixando a comunicação sobre esse assunto a cargo principalmente do médico (Onocko et al., 2013).

Apenas um indicador (adesão do usuário à medicação) foi estabelecido para esse tema, tratando da decisão do usuário em continuar ou interromper a medicação prescrita nos serviços.

3.3.8 Atenção às Pessoas com Deficiência

Surgus e Onocko Campos (2017) realizaram uma pesquisa nos CAPS III de São Paulo e evidenciaram que muitas pessoas com deficiência intelectual ainda têm na internação em hospitais psiquiátricos a primeira opção no campo da saúde mental. Essas internações são justificadas por situações graves que envolvem a completa falta de suporte para as famílias e a exclusão total das oportunidades de convívio social. Além disso, foram relatadas situações recorrentes de abuso e destacada significativamente a vulnerabilidade social das pessoas atendidas pelos CAPS.

Os dois primeiros indicadores dessa temática focam a inclusão de indivíduos com deficiência intelectual nos CAPS e a elaboração de planos terapêuticos específicos para essa população. O terceiro indicador aborda a integração dessas pessoas nos Serviços Residenciais Terapêuticos.

1. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, de abordagem quantitativa. Patton (1997) conceitua a avaliação como um processo sistemático de valoração, fundamentado na aplicação de diversas abordagens metodológicas. Seu propósito é identificar, adquirir e disponibilizar informações relevantes para discernir o mérito e o valor de uma entidade de maneira justificável. Esse processo abrange uma análise das atividades, atributos e desfechos das iniciativas na área da saúde, visando fornecer subsídios para embasar a tomada de decisão referente a programas pertinentes.

4.2 Cenário do estudo

Este estudo tem como cenário um Centro de Atenção Psicossocial I localizado no município de Queimadas, no estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil. De acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Queimadas tem população estimada em 2021 de 44.388 habitantes e área territorial de 402.748 km² (IBGE, 2021). Trata-se de um município com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,608.

A RAPS de Queimadas é composta por 19 Unidades Básicas de Saúde. Nesse contexto, a equipe e-multi é constituída por dois psicólogos. Ela possui ainda: atenção de urgência e emergência, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); ambulatório de psiquiatria, localizado na policlínica, com a presença de um psiquiatra; ambulatório de psicologia, também situado na policlínica; um ponto de apoio do CAPS, que oferta atendimento individualizado, acolhimento e grupos terapêuticos; o Centro de Referência para Crianças com

Transtorno de Aprendizagem; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); e um CAPS I.

O CAPS I, em dezembro de 2022, possuía 896 usuários ativos, uma equipe multiprofissional formada por uma coordenadora, uma assessora técnica em saúde mental, duas médicas psiquiatras, uma enfermeira, quatro psicólogos (as), duas assistentes sociais, uma psicopedagoga, uma farmacêutica, uma balconista de farmácia, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, um artesão, duas técnicas administrativas, um motorista, três cuidadores, um auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira e dois técnicos educacionais.

4.3 Instrumentos e coleta de dados

Para a análise dos indicadores referente à avaliação e monitoramento do CAPS, foi utilizada a proposta de Onocko e colaboradores (2017), composta por 16 indicadores apresentados em oito temas: Atenção à Situação de Crise, Qualificação dos Atendimentos Grupais, Trabalho em Rede, Gestão do CAPS, Educação Permanente, Singularização da Atenção, Uso da Medicação e Atenção às Pessoas com Deficiência Intelectual. Os cálculos dos indicadores foram realizados de acordo com o apontado no Quadro 1.

Quadro 1 - Relação dos indicadores, definição, fonte de dados e cálculo conforme o tema

Tema	Indicador	Definição	Fonte de dados	Cálculo
Atenção às situações de crise	Atendimento às situações de crise	N° de casos de pacientes em crise encaminhados para outros serviços	Livro de plantão, prontuário	N° de pacientes em situação de crise encaminhados / N° total de pacientes em situação de crise
	Atenção à família de paciente em crise	Ofertas terapêuticas à família do paciente em situação de crise	Livro de plantão e prontuário	N° de núcleos familiares de paciente em situação de crise atendidas / Total pacientes em situação de crise

Qualificação dos atendimentos grupais	Participação nos grupos de família	Razão entre famílias de usuários que participam de grupos a elas dirigidos e número total de pacientes do serviço	Folhas de presença dos grupos	N° de núcleos familiares participantes dos grupos / N° de pacientes ativos
	Qualificação dos atendimentos grupais	Análise e discussão dos grupos pela equipe	Livros Atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo	N° de reuniões gerais nas quais se pautou discussões sobre os grupos / N° de reuniões gerais da unidade
	Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhados	N° de PTS elaborados em conjunto com outros serviços e setores	Técnicos de referência do CAPS; anotações de prontuários; PTS	N° de PTS compartilhados / N° total de PTS
Gestão de CAPS	Participação do gerente	Participação efetiva do gestor nos espaços formais de gestão (conselhos, reuniões de equipe, assembleias, colegiados, supervisões)	Livro de ata, Agenda do gerente	N° de espaços em que gestor do serviço participa / Total de espaços definidos
	Recursos humanos de nível superior	Proporção de número de horas de profissionais de nível universitário em relação a 100.000 hab.	Planilha de Recursos Humanos	N° de horas de profissionais universitários / 100.000 habitantes
Educação permanente em saúde	Investimento em ações de Educação Permanente (EP)	Horas formais/ mês para educação permanente em atividades externas de interesse	Lista de presença e certificado	N° de horas de trabalho utilizadas para EP / Carga horária total de trabalho
	Oferta de supervisão clínico-institucional	Média mensal de horas de supervisão clínico- institucional para a equipe	Folha de frequência do supervisor, cronograma do serviço	Nº total de horas de supervisão no trimestre / 3

Singularização da atenção	Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	Proporção de usuários que tem PTS em relação aos usuários inseridos	Prontuário e formulário de PTS	N° de PTS / N° de usuários ativos
	Revisão sistemática de PTS na equipe	PTS discutido em equipe, em um determinado período, em relação ao número total de PTS desse mesmo período	Livros de registro de reuniões, Livro Ata e Prontuário	Nº de PTS discutido em equipe / Nº total de usuários com PTS
	Quantidade de casos por referência	Identifica o número de pacientes dos quais se ocupa	Prontuários e RAAS (Registro das Ações	Nº de usuários do Caps / Quant. Prof. de
	profissional universitário	especialmente cada profissional ou miniequipe de referência	Ambulatoriais de Saúde)	referência
Indicador de uso de medicação em CAPS	Adesão do usuário à medicação	Medicação não retirada e devolvida à farmácia ou ao posto de enfermagem	Controle da dispensação da Farmácia e Posto de enfermagem	Quantidade de medicação não retirada no mês / Quantidade de medicação prescrita no mês
Atenção às pessoas com deficiência	Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no Caps	Inserção do usuário com Deficiência Intelectual no CAPS	Triagem, censo, RAAS, prontuário	Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps / Número total de usuários com DI inseridos no Caps
	PTS de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados	Co-responsabilização pelo atendimento ao usuário com DI	Prontuário, registros de reunião de equipe e/ou mini- -equipe (equipe de referência)	Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem a pessoas com DI / Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps

	Inserção de Pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos	Proporção de Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com DI	Censo das moradias, censo dos CAPS, Áreas de Proteção do Ambiente Cultural (Apac)	Número de usuários com DI residentes em SRT anual / Número de usuários residentes em SRT anual

Fonte: Adaptado de Onocko (2017)

Para a obtenção dos dados dos indicadores propostos, foi agendada uma reunião com o responsável pela Saúde Mental no município de Queimadas, juntamente com a coordenadora do CAPS. Durante esse encontro, a pesquisa foi detalhada e foram ajustados os prazos e dias para a coleta de informações. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e agosto de 2023, tendo como referência o ano de 2022. Os registros usados para a obtenção de informações incluíram prontuários em uso, registros de plantão, atas de reuniões de equipe, listas de participação em grupos terapêuticos e dados do Registro Administrativo de Atividades de Saúde (RAAS). Todas as informações foram coletadas nas instalações do próprio serviço e organizadas em planilhas online do Excel, categorizadas de acordo com a fonte e o período dos indicadores. Ao todo, foram realizadas 26 visitas para coleta dos dados.

A coleta de dados para caracterização sociodemográfica dos usuários foi obtida por meio de prontuários; foi realizado o levantamento, incluindo sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade, local de residência e autodeclaração racial.

Dos 16 indicadores, 5 deles não produziram coleta de dados: o indicador *oferta de supervisão clínico-institucional* não foi coletado devido não ser oferecido no CAPS. O indicador *Participação do gerente* não recebeu coleta de dados devido à insuficiência dos registros das informações. O indicador *adesão do usuário a medicação* solicita a quantidade de medicação não retirada e prescrita no mês. Porém, não houve viabilidade de coleta, pois a farmácia inserida no CAPS distribui as medicações psicotrópicas para todo o município, e não apenas para os usuários do CAPS; assim, não foi possível a contabilização. O indicador *PTS de usuários com DI no CAPS* não pôde ser obtido. Embora 59 usuários com DI sejam assistidos no CAPS, nenhum desses foi admitido em 2022, que é o período desta pesquisa. Além disso, não foi identificado nenhum

encaminhamento de usuários com diagnóstico de DI no referido ano, o que impossibilitou a coleta de dados. Quanto ao indicador *PTS de usuários com DI compartilhados,* não foi localizado nenhum compartilhamento de PTS entre os usuários com DI.

4.4 Análise de dados

Os indicadores foram calculados como razões, sendo apresentadas como percentuais; sua periodicidade variou de 1 mês a um ano. Assim, optamos por considerar os dados brutos e apresentar medidas de tendência central e de dispersão nos indicadores de *Atendimento às situações de crise, Atenção à família do paciente em crise.*

4.5 Aspectos éticos

De acordo com a resolução CNS 510/2016, este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade UFPB, obtendo aprovação segundo o CAAE número 58489422.30000.5188. Toda participação dos sujeitos de pesquisa ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em dezembro do ano de 2022, havia 896 usuários cadastrados no CAPS com registro ativo. Na Tabela 1, encontra-se a caracterização sociodemográfica dos usuários.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos usuários do CAPSI, QueimadaPB 2022.

Variável	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	35	3	89

Renda	R$600	R$0	R$5.200,00
Estado civil	**N**		**%**
Solteiro (a)	562		62,7
Casado (a)	264		29,4
Viúvo (a)	33		3,6
Separado (a)	27		3,1
União estável	9		1,0
Desconhecido	1		0,11
Escolaridade			
Fundamental incompleto	322		35,9
Analfabeto (a)	271		30,2
Médio completo	90		10,0
Fundamental completo	46		5,1
Médio incompleto	44		4,9
Superior incompleto	10		1,12
Superior completo	9		1,0
Tecnólogos	6		10,8
Sem informação	98		10,8
Raça/Cor			
Pardo (a)	427		47,6

Branco (a)	357	39,8
Preto (a)	85	9,4
Amarelo (a)	25	2,7
Indígeno (a)	1	0,1
Sem informação	1	0,1
Gênero		
Feminina	466	52,0
Masculino	430	47,9
Residência		
Zona urbana	464	51,8
Zona rural	432	48,2

Como é possível observar, a idade dos usuários varia de 3 a 89 anos, tendo como mediana 35 anos. A variável renda apresentou uma mediana de R$600 mensais, variando de R$0 a R$5.200. No que se refere ao estado civil, o público maior é de pessoas solteiras (62,7%). Em relação à escolaridade, predominou o fundamental incompleto, correspondendo a 35,9%. Na variável raça/cor 47,6% declararam-se pardos. Em relação ao gênero, 52,0% correspondem ao sexo feminino. Por fim, observou-se que 51,8% são residentes da zona urbana (Tabela 1).

A tabela 2 caracteriza os resultados dos indicadores de avaliação e monitoramento do CAPS de Queimadas em 2022.

Tabela 2: Indicadores de avaliação e monitoramento do Centro de Atenção Psicossocial de Queimadas em 2022. Valores expressos como percentual.

Indicador	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Atendimento às situações de crise	50,0	22,2	66,7	42,9	20,0	40,0	14,3	42,9	56,3	82,4	16,7	36,8
Atenção à família de paciente em crise	37,5	55,6	8,3	57,1	40,0	50,0	42,9	78,6	56,3	11,8	33,3	26,3
Participação nos grupos de família		3,8			23,0			10,6			17,7	
Qualificação dos atendimentos grupais		25,0			44,4			42,9			50,0	
Formulação de projetos terapêuticos singulares		17,5			13,1			13,9			16,7	
Revisão sistemática de PTS na equipe		2,7			7,2			3,4			12,9	
Quantidade de casos por referência profissional universitário*		64,0			74,0			63,0			89,0	
Projeto terapêutico singular compartilhados			8,1						16,5			
Recursos humanos de nível superior*#		41,6 horas por 100 mil habitantes						41,6 horas por 100 mil habitantes				
Educação Permanente						0,8						
Inserção de pessoas com DI em serviços residenciais terapêuticos						75,0						

* Os valores expressos não são em percentuais; #Indicador expresso em horas por 100 mil habitantes

Como é possível observar, o primeiro indicador avaliado foi *Atendimento às situações de crise,* com periodicidade mensal, o qual enfatiza a habilidade do serviço em lidar com situações agudas e críticas de forma imediata. Evita-se assim a necessidade de encaminhamentos para enfermarias ou prontossocorros psiquiátricos, resolvendo tais situações dentro do próprio serviço.

Observa-se uma média de 40,9% de encaminhamentos para resolução das situações de crise. No geral, foi observada uma mediana de 9,5 crises/mês e com um quantitativo de 19 crises/mês e os encaminhamentos mensais a emergência psiquiátrica variou entre 1 e 14.

Contudo, é importante destacar que, originalmente, os indicadores foram validados em um Caps III. Diferentemente de outros pontos da RAPS, caracteriza-se pela atenção contínua, funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental (Brasil, 2017).

Ressaltamos que a pesquisa foi desenvolvida em um CAPS I, na qual os serviços prestados não coincidem com o funcionamento do CAPS III. Silva e Dimenstein (2014) apontam as dificuldades no manejo de crises consideradas mais graves em CAPS II, como falta de leitos, número reduzido de serviços e acolhimento noturnos. Esses fatores são primordiais para a intervenção em crises dentro do serviço. Como o CAPS em estudo é de porte I, apresentando essas fragilidades expostas pelos autores e nas situações de crises, surge a necessidade de encaminhamentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem preconizado que os atendimentos a situações de crise ocorram preferencialmente no âmbito comunitário, por meio de equipes ou serviços especializados em saúde mental. Contudo, esses recursos ainda não estão disponíveis ou estruturados em escala global (Gilmore et al., 2019; Muusse et al., 2022; Charlson et al., 2019). O enfrentamento das crises surge como um dos desafios mais notáveis e complexos para as equipes que atuam nos diversos pontos da RAPS (Dimenstein et al., 2012). Conforme ressaltado por Lima, Jucá, Nunes e Ottoni

(2012), “dar conta de usuários em crise [...] tornou-se o principal desafio desse modelo substitutivo” (p. 424).

Uma análise sistemática da literatura, demonstrado por estudos recentes tanto nacionais quanto internacionais, revelou que a falta de serviços especializados e capacitados para lidar com situações de crise, a persistência de práticas biomédicas, manicomiais e autoritárias, deficiências na integração da rede de cuidados e a deficiência da participação da família e da comunidade na proteção para as internações são obstáculos que comprometem a eficácia do cuidado durante crises, especialmente no contexto extra-hospitalar (Krachenski, 2019; Muusse et al., 2022; Amaral et al., 2018; Silva et al., 2020).

A respeito dos encaminhamentos a emergências psiquiátricas, Silva e Dimenstein (2014) destacam que os serviços de urgência e emergência apresentam especificidades na abordagem das crises, uma vez que esses serviços se baseiam na remissão de sintomas. Eles apontam para a possibilidade de negligência na complexidade do sofrimento durante uma crise quando os profissionais adotam condutas pontuais e apressadas. O texto também ressalta a presença de uma tradição do pensamento psiquiátrico clássico que concebe a crise como um "desequilíbrio e desadaptação, uma saída da homeostase" (p. 41). Além disso, as autoras sublinham que essa lógica é profundamente enraizada na forma de lidar e compreender a loucura, não podendo ser desconstruído de maneira simples. As autoras apontam para a necessidade de um confronto constante com as práticas manicomiais, sendo necessário desenvolver discussões aprofundadas sobre essa abordagem, buscando uma compreensão mais ampla e integrativa do sofrimento durante uma crise.

O segundo indicador *Atenção à família do paciente em crise,* que leva em consideração os atendimentos individuais, grupais e compartilhados com um membro responsável do núcleo familiar ampliado do usuário em crise, também com periodicidade mensal, obteve uma média de 41,5%, variando entre 8% a 79%.

Indica-se uma baixa prevalência na atenção às famílias dos pacientes em crise. Esse atendimento é essencial para o cuidado com o usuário, como também um melhor entendimento por parte da família, que se encontra em momento delicado durante a crise, necessitando de um apoio profissional para acolher, orientar e encorajar o enfrentamento das situações vivenciadas.

De acordo com Rocha & Silva (2013), é comum que a família experimente sofrimento e insegurança diante do adoecimento do usuário. Nas entrevistas, os autores observaram que a superproteção dos familiares foi um elemento frequente, possivelmente relacionado à falta de confiança na autonomia do indivíduo sob cuidado.

Eles destacaram também a probabilidade dessa dinâmica desqualificar as habilidades do usuário, resultando em uma dependência significativa do cuidador ou até mesmo dos serviços de saúde. Além disso, a pesquisa indica que, apesar dos avanços promovidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que possibilitou o cuidado no ambiente domiciliar, não há garantia de que a família compreenda o "transtorno mental" do sujeito como uma condição que afeta todos os membros. Os autores relatam que "o que parece estar além do alcance da Reforma Psiquiátrica é a implicação do sujeito-cuidador na manifestação do adoecimento psíquico de um membro da família" (p. 135).

No que diz respeito ao terceiro indicador *Participação nos grupos de família,* que avalia a ampliação do cuidado para além do indivíduo, analisa-se a quantidade de familiares associados ao usuário pertencente ao serviço que participam dos grupos direcionados às famílias. Os dados desse indicador são registrados por meio dos prontuários a cada participação do familiar no grupo que ocorre nas terças e quintas de cada semana. Para a quantificação desses resultados, foram realizados os cálculos com periodicidade trimestral: o 1º trimestre de 2022 obteve 3,8% de participação; no 2º trimestre, esse percentual obteve um aumento significativo no valor de 23,0%; no 3º trimestre, esse percentual teve uma queda chegando em 10,6%; por fim, no último trimestre, esse percentual retorna a evolução chegando em 17,7%. A periodicidade indicada varia assim de 3,8% a 23,0%, o que mostra um baixo percentual das

famílias nos grupos terapêuticos, fazendo-se necessária a aproximação e integração da família no tratamento do usuário.

Em uma pesquisa conduzida por Duarte et al. (2011) com o objetivo de realizar uma avaliação qualitativa da atenção oferecida aos familiares, foi constatado que, no grupo semanal destinado às famílias, apenas um membro compareceu. Isso evidencia as dificuldades enfrentadas pela equipe do CAPS em envolver as famílias no dia a dia do serviço.

A participação das famílias nos grupos terapêuticos nos CAPS é crucial para o sucesso do tratamento e para o bem-estar dos usuários. Quando as famílias estão envolvidas no processo terapêutico, há maior compreensão dos desafios enfrentados pelo usuário, melhor adesão ao tratamento e maior probabilidade de alcançar resultados positivos. No entanto, diversos fatores podem dificultar a participação das famílias nos grupos terapêuticos, incluindo falta de conhecimento sobre os benefícios desses grupos, barreiras logísticas como horários conflitantes com outras responsabilidades, dentre outros.

Diante disso, para aumentar participação das famílias nos grupos terapêuticos nos CAPS, algumas estratégias podem ser adotadas, como sensibilização e educação, promovendo campanhas educativas e atividades de sensibilização para destacar a importância da participação das famílias nos grupos terapêuticos. Isso pode envolver a divulgação de materiais informativos, palestras, workshops e outras iniciativas para conscientizar os familiares sobre seu papel no tratamento do usuário. Há ainda o acolhimento e orientação, sendo possível oferecer acolhimento e orientação individualizada às famílias para esclarecer dúvidas, fornecer informações sobre os grupos terapêuticos e incentivar sua participação. Isso pode ser feito por meio de reuniões individuais com os familiares ou sessões de aconselhamento familiar. Cita-se também a abordagem centrada na família, adotando-se uma abordagem centrada na família no planejamento e condução dos grupos terapêuticos, envolvendo os familiares na definição dos temas, atividades e metodologias utilizadas nos encontros. Isso pode aumentar o engajamento e a relevância dos grupos para as famílias. Há ainda o acompanhamento personalizado, que consiste em realizar um acompanhamento individualizado das famílias que apresentam baixa

participação nos grupos terapêuticos, identificando as possíveis barreiras ou dificuldades que impedem sua participação e oferecendo apoio e suporte específicos para superá-las. Por fim, destaca-se o feedback e a avaliação contínua, coletando feedback regularmente das famílias sobre os grupos terapêuticos e avaliando sua satisfação, expectativas e sugestões de melhorias. Com base nesse feedback, deve-se realizar ajustes e adaptações necessárias para tornar os grupos mais atrativos e relevantes para as famílias.

O quarto indicador compreende a *qualificação dos atendimentos grupais,* analisando assim o comprometimento da equipe em monitorar e aprimorar de maneira contínua suas abordagens em grupo. Esse monitoramento e qualificações dos grupos terapêuticos acontece nas reuniões de equipe semanalmente, sendo registrados os alinhamentos e mudanças no livro de passagem de plantão, a serem implementadas nos grupos terapêuticos.

No primeiro trimestre, obteve-se o percentual de 25%; no segundo trimestre, esse percentual aumentou para 44,4%; no terceiro trimestre, 42,9%; e, no quarto trimestre, 50%, sendo esse percentual calculado com base nos números de reuniões gerais, pautando-se nas discussões sobre grupos, divididos pelo número de reuniões gerais da unidade. Dessa forma, podemos entender que a qualificação dos atendimentos grupais está em discussão nas reuniões da equipe, refletindo assim a preocupação dos profissionais em transformar as atividades em grupo em tópicos de debate e possíveis revisões por parte das equipes, mas de forma ainda insuficiente. Além disso, eles buscam ampliar a oferta dessas atividades para o círculo de relacionamentos dos usuários, incluindo seus familiares.

O indicador *Formulação de projetos terapêuticos singulares* demonstra a habilidade do CAPS em desenvolver um percurso de cuidado específico e adaptado às necessidades de seus usuários. No primeiro trimestre, observou-se que apenas 17,5% dos usuários tiveram seus PTS formulados no primeiro trimestre, variando para 13,1% no segundo trimestre, 13,9% no terceiro trimestre e 16,7% no quarto trimestre. Demonstra-se assim uma baixa frequência de formulação dos PTS, revelando que, durante 2022, a maior parte dos usuários assistidos não tiveram seu projeto terapêutico singular estabelecido, sendo ele

norteador das condutas terapêuticas. A partir disso, o paciente e a família estarão cientes do tratamento a ser seguido.

Nesse sentido, Boccardo e colaboradores (2011) afirmam que a elaboração dos PTSs desempenha um papel fundamental na promoção e organização do trabalho dentro da abordagem de cuidados nos serviços de saúde mental. Conforme os autores, trata-se de uma estratégia de cuidado que, no âmbito de sua concepção e execução, engloba o indivíduo com transtorno mental, seus familiares e a rede social em um fluxo contínuo, integrado e consensual de ações voltadas para a satisfação das necessidades e a promoção da autonomia, protagonismo e inclusão social. Adicionalmente, esse processo busca alcançar mudanças duradouras ao longo do tempo, reduzindo a dependência exclusiva dos trabalhadores dos serviços de saúde por meio da mobilização de recursos externos.

Barros (2009) aponta obstáculos para o desenvolvimento do PTS, incluindo a dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática, a sobrecarga de responsabilidade assistencial devido à alta demanda, a falta de qualificação da equipe e a dinâmica proposta para as reuniões. A organização das equipes de referência também pode dificultar a troca de informações e a coordenação necessária para a definição de metas e prioridades das ações no projeto terapêutico singular. Além desses aspectos, destacam-se a comunicação deficiente ou insuficiente entre os membros da equipe, a adoção de modelos fechados e a concepção equivocada do PTS como um simples dispositivo administrativo (Mororó, 2010).

O indicador *Projeto Terapêutico Singular compartilhado* avalia a capacidade do CAPS em efetuar o trabalho colaborativo com outros serviços e/ou setores, levando em consideração as particularidades do usuário. Os resultados se baseiam nos registros dos prontuários, os quais ocorrem de acordo com as necessidades de cada usuário, como também nos PTS estabelecidos.

Foram observados semestralmente os registros realizados em livro de passagem de plantão e prontuário. No primeiro semestre, o percentual foi de 8,1%; já no segundo semestre, esse percentual aumentou para 16,5%. De

maneira geral, pode-se entender que foi um percentual baixo de compartilhamentos dos PTS com outros serviços.

Sampaio et al. (2021) evidenciaram por meio de sua pesquisa importantes iniciativas de integração entre os serviços, como estudos de caso conjuntos, reuniões sistemáticas intersetoriais, atendimentos compartilhados e ações específicas de apoio matricial. Contudo, essas colaborações foram percebidas como restritas e insuficientes, variando conforme o perfil dos profissionais envolvidos. A atuação dos CAPS está intrinsecamente ligada às parcerias estabelecidas com a rede de saúde, educação e assistência social, destacando a relevância da concepção de território para o funcionamento efetivo desses centros.

Ainda com foco na singularização do cuidado, o indicador *Revisão Sistemática de PTS na equipe* indica a participação ativa da equipe no processo contínuo de adaptação do serviço de acordo com a evolução dos usuários. As discussões dos PTS são realizadas durante as reuniões de equipe, sendo registradas no livro de passagem de plantão. Esse indicador variou entre 2,7% a 12,9%, revelando a pouca importância dada à revisão contínua do PTS dos usuários. Esse resultado indica que há espaço para um maior foco na revisão sistemática dos projetos terapêuticos singulares pela equipe. De acordo com a análise documental, não existe um tempo determinado para a reavaliação do PTS, geralmente acontecendo por demandas trazidas pelo usuário, família ou pelo próprio serviço.

Barros (2010) propõe que as reuniões de equipe constituam a base organizacional dos serviços, incluindo espaços para a discussão de casos e a tomada de decisões conjuntas. É fundamental que os profissionais envolvidos tenham uma compreensão clara de seus papéis na equipe e em relação aos usuários sob seus cuidados. A utilização de prontuários compartilhados, com registros atualizados e compreensíveis a todos, é destacada como um facilitador no desenvolvimento de um PTS. Além disso, os espaços de discussão que envolvem usuários, família e equipe, juntamente com a interlocução da equipe com outros serviços no cuidado e reavaliações sistemáticas, são elementos fundamentais no desenvolvimento de cada projeto terapêutico singular. Por outro

lado, destacam as dificuldades associadas a esse tipo de organização, especialmente em equipes que ainda se orientam pelo modelo biomédico. A comunicação e o compartilhamento de conhecimentos são apontados como desafios a serem superados nesse contexto (Brasil, 2007).

O indicador *Quantidade de casos por referência profissional universitário* permite verificar a relação entre o número de pacientes acompanhados e os profissionais de referência. No primeiro trimestre, havia 64 usuários por profissional de referência; no segundo trimestre, o número aumentou para 74; no terceiro trimestre, houve a redução de usuários, ficando 63 por profissional; no quarto trimestre, com a admissão de novos usuários, foi para 89. Vale destacar que, durante todo 2022, o serviço possuía 10 TR, variando consideravelmente fluxo de usuários. Sendo assim, obtivemos uma variação entre 63 a 89 casos por profissionais universitários.

Podemos entender que a demanda de usuários por profissionais de referência é alta, comprometendo a singularização da atenção para a construção e revisão do PTS, o que indicaria a necessidade de expandir a rede, como mais unidades de serviços CAPS. Corroborando com isso, Onocko (2009) ressalta que o número excessivo de usuários por profissional de referência colabora para a dificuldade de compartilhamento de responsabilidades pelo caso, sabendo que a centralização das práticas de acompanhamento no profissional de referência é imprescindível nas relações de confiança a serem constituídas.

No tocante à gestão do CAPS, o único indicador cuja coleta foi possível, *recursos humanos de nível superior*, analisa o investimento na estrutura do CAPS. Obteve-se 41,6 horas por 100.000 habitantes.

Considerando os recursos humanos em saúde mental, a pesquisa de Scanlan & Still (2019) com profissionais dessa categoria revelou insatisfação no trabalho, intenção de rotatividade (mudança de setor) e elevados casos de síndrome de burnout. Além disso, foram observadas demandas emocionais, como a dificuldade na realização dos trabalhos em turnos, associadas aos níveis mais elevados de exaustão. Nesse contexto, a maioria dos países e regiões de baixa e média renda enfrenta desafios relacionados à escassez de recursos

humanos treinados e disponíveis. Esses países também lidam frequentemente com dificuldades na distribuição desses profissionais, seja pela escassez em áreas rurais ou pelo excesso em grandes ambientes institucionais (WHO, 2020).

Nesse contexto, é possível observar mediante o indicador de *Investimento em Ações de Educação Permanente,* com periodicidade anual, o investimento da unidade na promoção da educação permanente de sua equipe profissional. O cálculo desse indicador foi realizado considerando o número de horas de trabalho utilizadas para EP por carga horária total dos profissionais, observandose uma média de 138 horas anuais, o que corresponde a 0,8%.

Diante disso, surge a necessidade da oferta de EP, capacitando os profissionais para fortalecer a interação dentro da equipe, compartilhar e construir conhecimentos. Portanto, é fundamental ressaltar que a EP impulsiona a melhoria da gestão do trabalho ao fortalecer e enaltecer a interação dentro da equipe, ao criar e facilitar espaços para compartilhar e construir conhecimento, bem como ao promover uma ampliação do diálogo (Medeiros et al., 2010). A EPS, em última instância, busca capacitar cada grupo de profissionais para analisar o próprio trabalho e ampliar sua habilidade de atender as demandas dos usuários. Ela faz isso ao instigar a reinvenção do ambiente de trabalho, especialmente em relação às práticas de cuidado (Merhy et al., 2006).

Reconhece-se, assim, a necessidade de intensificar os esforços para promover a capacitação em saúde mental, direcionada aos profissionais. Essa abordagem se configura como uma estratégia crucial para fortalecer as políticas públicas e intervenções nesse domínio, consolidando-se, especialmente, por meio de práticas inovadoras de educação permanente entre os serviços.

A análise dos indicadores sobre atenção às pessoas com deficiência mostra que a *inserção de pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)* especifica o enfoque no trabalho em SRT, considerando a presença de moradores com DI. A fonte de dados se baseia nos diagnósticos de retardo mental leve (F70), retardo mental moderado (F71), retardo mental grave (F 72) e retardo mental não especificado (F79) e no Censo do CAPS. O cálculo foi realizado para o ano analisado, baseado na fonte citada anteriormente. Nesse

município, existe uma residência tipo II, com quatro moradores; três deles são DI, constituindo 75%. Observamos um alto percentual de usuários com DI inseridos na SRT, como salienta a Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência, instituída em 2002. Destaca-se como prioridades a inclusão, reabilitação, promoção de saúde e prevenção de agravos para a população com deficiência.

Os resultados do estudo evidenciam o comprometimento contínuo da equipe em qualificar suas práticas nos grupos terapêuticos, com um percentual de 75% de usuários com Deficiência Intelectual (DI) inseridos na SRT. Dentre as fragilidades identificadas, destacam-se o alto número de encaminhamentos a emergência psiquiátricas de usuários durante situações de crise, a participação limitada de familiares nos grupos destinados a eles, a ausência de supervisão clínico-institucional, uma elevada carga de casos por profissional de referência, a formulação e revisão de Projetos Terapêuticos Singulares e o trabalho intersetorial ocorrendo de maneira insuficiente e limitada.

Dentre as fragilidades identificadas, destacam-se a baixa assistência aos usuários durante situações de crise, a participação limitada de familiares nos grupos destinados a eles, a ausência de supervisão clínico-institucional, uma revisão sistemática insuficiente dos PTS pela equipe, uma elevada carga de casos por profissional de referência e uma taxa reduzida de formulação de PTS.

Das limitações identificadas neste estudo, destaca-se que todos os indicadores propostos foram validados em Caps III, o que pode comprometer a aplicabilidade da avaliação realizada no CAPS I. Diante disso, é necessário um esforço coletivo para refletir sobre a pertinência da aplicabilidade desses indicadores em um CAPS I, considerando a viabilidade de definir indicadores com base em questões específicas dos CAPS I. A qualidade dos registros para muitos indicadores é deficiente, incluindo anamneses incompletas, letras ilegíveis e prontuários manuais. Nesse sentido, aprimorar as qualificações dos registros, possivelmente adotando prontuários eletrônicos, é uma medida recomendada. A falta de pesquisa prévia sobre os indicadores em estudo também representa uma limitação, pois prejudica a discussão e comparação dos resultados, indicando assim a necessidade de aplicabilidade em outros serviços.

6. CONCLUSÃO

Por meio deste estudo, enfatizamos a importância de discussões acerca dos indicadores de avaliação do cuidado em saúde mental, que ofereçam aos usuários um atendimento pautado nas suas singularidades, em prol de uma intervenção integral diante da demanda do campo da saúde mental.

Enfrentar as limitações dos CAPS I na prestação de cuidados a pacientes em crise requer uma abordagem abrangente que envolva investimentos em recursos, capacitação da equipe, integração com outros serviços, desenvolvimento de protocolos de atendimento e envolvimento da comunidade. Essas medidas podem ajudar a expandir o potencial dos CAPS I e garantir uma atenção mais adequada e integral aos pacientes em situações de crise.

A ampliação do enfoque na atenção à crise por meio de outros dispositivos da RAPS, visando contribuir para um manejo mais integrado e alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica, é de suma importância. Isso considera ainda a viabilidade prática dessa expansão, uma vez que recursos adicionais, como a Atenção Básica, apoio comunitário e Saúde da Família, podem colaborar na descentralização dos CAPS para lidar com situações de crise (Krachenski; Holanda, 2019).

Dessa maneira, é crucial o engajamento de todos os envolvidos para enfrentar as dificuldades, compartilhar conhecimentos e estar aberto à construção de novas abordagens no cuidado em saúde mental. Sem a intenção de reduzir o problema da atenção à crise na RAPS apenas às dificuldades enfrentadas pelos CAPS, observa-se uma crise nos CAPS II em sua função de "[...] atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações" (Brasil, 2004, p. 17). Concordando com a avaliação de Souza (2012) sobre o desafio que a atenção à crise representa para a Reforma Psiquiátrica, argumenta-se que, mesmo com boas intenções, enquanto não oferecermos respostas adequadas aos casos graves e às crises, corremos o risco de os dispositivos da reforma se tornarem satélites sem vida e impotentes, girando em torno do hospício e justificando assim sua existência prática e ideológica (p. 3).

Para que um projeto terapêutico singular alcance resultados satisfatórios, é fundamental que a proposta de atendimento seja implementada de maneira eficaz, proporcionando uma experiência positiva para os usuários. Isso implica na realização de ações como acolhimento, atendimento individual e coletivo, suporte à família, participação em atividades comunitárias, realização de assembleias e participação em reuniões de equipe, entre outras práticas. O principal objetivo dessas atividades é estimular a integração social e familiar das pessoas com transtorno mental, apoiando suas iniciativas na busca da autonomia e fornecendo assistência terapêutica, médica e psicológica. É crucial capacitar ativamente o usuário e seus familiares, promovendo um envolvimento ativo, responsável e autônomo diante das condições vivenciadas em saúde mental.

A efetiva aplicação dos indicadores elaborados nos CAPS pode ter um impacto significativo no fortalecimento da cultura avaliativa e na melhoria contínua dos serviços de saúde mental. Há algumas maneiras pelas quais isso pode acontecer. Os indicadores fornecem uma estrutura objetiva para avaliar o desempenho dos CAPS em diferentes áreas, como qualidade do atendimento, acesso aos serviços, integração com a comunidade, entre outros. Isso permite identificar tanto os pontos fortes que devem ser mantidos e replicados quanto as áreas que precisam de melhoria. Além disso, a avaliação por meio dos indicadores fornece um feedback valioso para a equipe do CAPS, destacando áreas em que estão se saindo bem e áreas que precisam de atenção adicional. Isso pode motivar a equipe a buscar a excelência e a buscar constantemente formas de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Ademais, com base nos resultados dos indicadores, os gestores e profissionais de saúde mental podem tomar decisões informadas sobre alocação de recursos, planejamento de intervenções e desenvolvimento de políticas. Isso ajuda a garantir que os recursos sejam direcionados para onde são mais necessários e podem ter o maior impacto positivo. Finalmente, o uso contínuo dos indicadores permite avaliar a eficácia dos próprios instrumentos de avaliação. Se determinados indicadores não estiverem capturando adequadamente aspectos importantes do funcionamento do CAPS, isso pode levar a revisões e melhorias nos instrumentos de avaliação.

Em suma, a efetiva aplicação dos indicadores pode proporcionar uma abordagem sistemática e baseada em evidências para avaliar e aprimorar os serviços de saúde mental nos CAPS. Isso contribui não apenas para o fortalecimento da cultura avaliativa, mas também para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Espera-se que essa pesquisa forneça informações valiosas para a compreensão das práticas de cuidado e processos de trabalho nos CAPS, destacando a importância dos indicadores de avaliação do cuidado em saúde mental no aprimoramento contínuo desses serviços.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARAL, C. E. *et al*. Systematic review of pathways to mental health care in Brazil: narrative synthesis of quantitative and qualitative studies. **Int J Ment Health Syst**, v. 12, n. 65, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13033018-0237-8. Acesso em: 01 dez 2023.

AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira**. *In*: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2020. Disponível em: http://crp16.org.br/wpcontent/uploads/2020/12/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf. Acesso em: 22 ago. 2023.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 8, p. 293-300, 2000.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 49:105-15, 2000.

BARDIN, L.(2011). **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70.

BARROS, J. O. **A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BERMUDEZ, K. M; SIQUEIRA-BATISTA, R. “Um monte de buracos amarrados com barbantes”: o conceito de rede para os profissionais de Saúde Mental. **Saúde Soc**, v. 26, n. 4, p. 904-919, 2017.

BOCCARDO, A. C. S. *et al*. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta paul. Enferm**., v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. **Decreto no 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas 2019b. Disponível em: https://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 04 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. **Diário Oficial**, Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Distrito Federal, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União,** 06 de abril de 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20

No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 11/2019**: esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 1.174 de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.htm. Acesso em: 07 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 26 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. **Diário Oficial da União**, 12 de novembro de 2016. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/downloads/resoucao-SISPACTO-n08-NOV2016.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica__esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015. **Diário Oficial da União**: Seção 2, Brasília, DF, p. 36, 14 dez. 2015. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/dou/-/portarian-2.043-de-11-de-dezembro-de-2015-111726668. Acesso em: 16 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS: Brasília, nov. 2005.

BRASIL. **Nota Técnica no 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019a. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL. **Portaria n° 2.434**, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar valores das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2434_20_08_2018.html. Acesso em: 29 ago. 2023.

CALVI, P. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. **Não é Fake News**: parlamentares e sociedade civil criticam “revogação” de portarias da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Brasília: Câmara de Deputados, 2020. Disponível em: https://bit.ly/3IhbJqN. Acesso em: 29 ago. 2023.

CARNEIRO, U. S. S. **Eles venceram e o sinal está fechado para nós que somos jovens**: caminhos de resistência da reforma psiquiátrica brasileira em defesa do modelo de atenção psicossocial, por uma sociedade do bem comum e sem manicômios. 2018. 85 fl. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia em Residência Multiprofissional em Saúde Mental) – IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 2018.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 462-468.

CESCON, L. F.; CAPOZZOLO, A. A.; LIMA, L. C. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. **Saúde Soc**., v. 27, n. 1, p. 185-200, 2018.

CHARLSON, F. *et al*. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 240-248, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S01406736(19)30934-1. Acesso em: 02 dez 2023.

CONTANDRIOPOULOS A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al*. **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.

COSTA, P. H. A.; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3243-3253, 2015.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

DESINSTITUTE. **Painel Saúde Mental**: 20 anos da Lei 10.216/01. Brasília: [s.n.], 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saudemental-20-anos-da-lei-10-216/. Acesso em: 22 ago. 2023.

DIAS, B. C. **Ocupação Fora Valencius é desmantelada com ação da Polícia Federal**. ABRASCO, 15 abr. 2016. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/movimentos-

sociais/ocupacaofora-valencius-e-desmantelada-com-acao-da-policia-federal/17208/. Acesso em: 20 ago. 2019.

DIMENSTEIN, M. D. *et al*. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, v. 2, p. 95-127, 2012. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323. Acesso em: 01 dez 2023.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Rev Bras Enferm**. V. 64, n. 1, p. 47–52, 2011.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA. P. R. S; SANTOS, W. S. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad Saúde Pública**, v. 36, e00049519, 2020.

FIGUEIREDO, A. M. A.; TANAKA, O. Y. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. **Cadernos Fundap**, v. 19, 1996, p. 98-105.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FURLAN, V.; RIBEIRO, S. F. R. A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev Vínculo**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2011.

FURTADO, J. P. Avaliação para conhecimento e transformação. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Avaliação Qualitativa de programas de Saúde**: Enfoques Emergentes. São Paulo: Editora Vozes, 2006, p.191-306.

GILMORE, I.; DRUMMOND, C.; REHM, J. The crisis in clinical training for addiction. **Lancet**, v. 4, n. 10, p. 751-754, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30179-7. Acesso em: 02 dez. 2023.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989, p. 294.

HAHN, M.; BRAUS, D. F. Psychiatric polypharmacy: hazard through drug-druginteraction and possibilities for prevention. **Versicherungsmedizin**, v. 64, n. 3, 127-131, 2012.

HARTZ, Z. M. A. **A avaliação na área da saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

KANTORSKI, L. P. *et al*. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43 (Supl. 1), p. 2935, 2009.

KRACHENSKI, N.B.; HOLANDA, A.F. Manejo de crise nos centros de atenção psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 23-42, jan./jun. 2019.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987, p. 257.

LEITE, L. S.; ROCHA, K. B. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estud. Psicol.**, v. 22, p. 2, p. 203-213, 2017.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. Saúde Colet**. v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LIBÉRIO, M. M. **Estudo da satisfação com o CAPS da cidade do Rio de Janeiro**: ouvindo seus atores principais. 1999. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, F. C.; SCHNEIDER, D. R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Caminhos**, v. 4, n. 6, p. 3964, 2013.

LIMA, M. *et al*. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centro de Atenção Psicossocial. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 423-434, 2012.

MEDEIROS, A. C. *et al*. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 38-42. 2010.

MENDES, M. F. M.; ROCHA, C. M. F. Avaliação em Saúde Mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. **Saúde Redes**, v. 2, p. 352-359, 2016.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect**., v. 2, n. 2, p. 147-160, 2006.

MORAES FILHO, I. M. *et al*. Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no brasil a partir da nota técnica n. 11/ 2019. **Revisa**, Valparaíso, v. 8, n. 2, 2019.

MORORÓ, M.E.M. **Cartografia, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III**.

2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MUUSSE, C.; KROON, H.; MULDER, C. L.; POLS, J. “Caring for a Crisis”: Care and Control in Community Mental Health. **Front Psychiatry**, v. 12, p. 798599, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.798599. Acesso em 03 dez. 2023.

NUNES, F. C. *et al*. A tecnologia grupal no cuidado psicossocial: um diálogo entre pesquisa-ação e educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enfermn**., v. (28), e20180161, 2019.

NUNES, M. O. *et al*. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2019.

OLIVEIRA, M. A. F. *et al*. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 38, p. 368-378, 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mental Health Atlas 2014**. Genebra: OMS, 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Mental Health Atlas 2020**. Genebra: OMS, 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental**. Genebra: OMS, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Genebra: OMS, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Programa Mundial de Acción en Salud Mental**: mhGAP. Genebra: OMS, 2002.

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Caracas**. Genebra: OMS,1990.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

ONOCKO, C. R. T. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde debate**, v, 41, ed. Spe, p. 71-83, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al*. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, out. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al*. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S141381232013001000013. Acesso em: 29 nov. 2023.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

OPAS. **Educación permanente de personal de salud en la región de las Américas**. Washington: OPAS; 1988. (Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrolo de recursos humanos, nº 78).

OPAS. **Marco de referencia para la implementacion de la estratégia regional de salud mental** / Framework for the implementation of the regional strategy for mental health. Washington D.C.: OPAS, 2011. Disponível em: https://iris. paho.org/bitstream/handle/10665.2/2790/Marco de Referência para la Implementacion de la Estrategia en Salud Mental.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 15 jul. 2023.

PASSOS, R. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Socied. em deb.**, Pelotas, v. 23, n. 2, jul./ dez. 2017.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PINHEIRO, M. C. C.; HYPÓLITO, A. L. M.; KANTORSKI, L. P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **Journal of Nursing and Health**, v. 9, n. 2, e199203, 2019.

PITTA, A. M. F. *et al*. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 9, p. 441-52, 1995.

Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-306936. Acesso em: 02 set. 2023.

PITTA, A. M. F.; GULJOR. A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS**: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 6-14, 2019. Disponível em: https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525/424. Acesso em: 29 ago. 2023.

RIBEIRO, L. A; SCATENA, J. H. Avaliação da Atenção Primária a saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção cientifica entre 2007 e 2017. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 95-110, 2019. doi: 10.1590/S0104-12902019180884. Disponível em: https://www.scielo.com.br/j/sauso/a/yLFJLfvdRsMCrNJ6yCygdmH/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 06 ago. 2023.

Scanlan JN, Still M. **Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service.** BMC Health Serv Res. [Internet]. 2019 Dec 23 [ci];19(1):62. Available from: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3841z.

SCANLAN, J. N.; STILL, M. Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. **BMC Health Serv** Res, v. 19, n. 1, p. 62, dez. 2019. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3841z. Acesso em: 01 dez. 2023.

ROCHA, K. B.; ZANARDO, G. L. P. Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, fev. 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102311X0014412. Acesso em: 03 ago. 2023.

ROCHA, T. H. R.; SILVA, M. R. A estrutura familiar e a infantilização no cuidado de sujeitos psicóticos. **Analytica**, v. 1, n. 2, p. 117-141, 2013.

SÁ, T. H.; FLORINDO, A. A. Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde**, v. 17, n. 4, p. 293-299, 2012.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção

Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, jun. 2013.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, e00042620, 2021.

SILVA, M. L. B.; DIMENSTEIN, M. D. B. Manejo da crise: Encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME**, v. 16, n. 2, p. 280-288, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/530. Acesso em: 03 ago. 2023.

SILVA, T. A. *et al*. (Re)visitando a reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas num cenário de retrocessos. **Av. Enferm.**, Bogotá, v. 38, n. 3, jan. 2021.

SILVA, T. C. S. *et al*. Night Admission at a Psychosocial Care Center III. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.73, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0964. Acesso em: 03 dez 2023.

SOUZA, P. J. C. **Serviço de urgência psiquiátrica de belo horizonte**. 2012. Disponível em: http://xa.yimg.com/kq/groups/22370896/1330363327/name/servico_de_urgencia_psiquiatrica%5b1%5d.pdf. Acesso em: 28 nov. 2023.

SURJUS, L. T. L. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Indicadores de Avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 6070, 2017.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

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

WETZEL, C. *et al*. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1729-1738, 2018.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**., v. 13, n. 4, p. 593598, 2004.

WHO. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985**. Geneva: WHO, 1987.

World Health Organization. **mhGAP Mental Health Gap Action Programme**. Geneva: WHO; 2008.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, p. 1-6. Coleção Loucura & Civilização. ISBN 978-85-7541-362-3. Disponível em: https://doi.org/10.7476/9788575413623. Acesso em: 23 ago. 2023.