



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SÉRGIA LANDARA BEZERRA SOARES

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS COTIDIANAS DESENVOLVIDAS PELOS
PROFISSIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA-PB**

João Pessoa/PB
2024

SÉRGIA LANDARA BEZERRA SOARES

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS COTIDIANAS DESENVOLVIDAS PELOS
PROFISSIONAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO
DE JOÃO PESSOA-PB**

Dissertação de mestrado apresentado ao
Programa de pós-graduação em Saúde
Coletiva do 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/PB
2024

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

S676a Soares, Sérgia Landara Bezerra.

Avaliação das práticas cotidianas desenvolvidas pelos profissionais nos
Centros de Atenção Psicossocial no município de João Pessoa-PB / Sérgia Landara
Bezerra Soares. - João Pessoa, 2024.
70 f. : il.

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

1. Saúde mental. 2. Saúde mental - Serviços. 3. Profissionais dos CAPS. 4.
CAPS - Práticas cotidianas.
5. Percepção dos profissionais. I. Costa, Filipe Ferreira da. II. Título.

UFPB/BC

CDU 364.62(043)

RESUMO: Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços que possuem atenção diária em saúde mental, seguindo os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica: promoção da saúde; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade, promoção da cidadania dos usuários. O processo avaliativo dentro desses serviços torna-se um importante instrumento capaz potencializar a assistência, minimizar ou solucionar problemas, verificar a capacidade de resolubilidade, e ainda, aferir as perspectivas dos diferentes atores dos serviços (usuários, familiares, profissionais etc.). Esse estudo objetiva avaliar a efetividade das práticas cotidianas desenvolvidas pelos CAPS do Município de João Pessoa, de acordo com a política de saúde mental vigente. Trata-se de um estudo de avaliação de serviços de saúde, que se utiliza de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por profissionais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial do Município de João Pessoa, Paraíba, CAPS AD Jovem Cidadão, CAPS III Gutemberg Botelho, CAPS III Caminhar e CAPS AD III David Capristiano. Foi aplicado o instrumento de coleta de dados “Avalia CAPS”, em sua versão para profissionais, que avaliam as dimensões da autonomia, integralidade e intersetorialidade. De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, no que diz respeito à dimensão Integralidade, observou-se que as práticas desenvolvidas pelos profissionais se efetivam na integralidade e intersetorialidade, porém, essas práticas muitas vezes são insuficientes dentro do contexto encontrado nos serviços, em relação ao desenvolvimento da autonomia/protagonismo dos usuários dentro dos CAPS, os resultados mostram que ainda há uma fragilidade no reconhecimento do protagonismo do usuário diante de seu plano de tratamento, no que diz respeito ao desenvolvimento de resultados, observou-se que a diminuição e manejo de crises, a diminuição do uso de medicamentos e números de internações dos usuários se mostraram positivas, porém, uma parte dos profissionais afirma que os usuários possuem dificuldades em relação à diminuição dos medicamentos utilizados. A pesquisa ainda nos mostra que o CAPSad mostrou-se mais efetivo no desenvolvimento de autonomia/protagonismo, de integralidade e intersetorialidade e de resultados. A pesquisa mostrou-se capaz de proporcionar um entendimento sobre as dinâmicas de trabalho realizadas nos CAPS de João Pessoa dentro das dimensões analisadas, conseguindo identificar alguns aspectos frágeis e que podem ser aprimorados dentro dos serviços.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT OU RESUMEN: The Psychosocial Care Centers (CAPS) are services that provide daily mental health care, following the fundamental principles of articulation between mental health and primary care: health promotion; reception, bonding and accountability; completeness; intersectorality; multiprofessionality; organization of network health care; deinstitutionalization; psychosocial rehabilitation; community participation; promoting user citizenship. The evaluation process within these services becomes an important instrument capable of enhancing assistance, minimizing or solving problems, verifying the ability to resolve issues, and also gauging the perspectives of different service actors (users, family members, professionals, etc.). This study aims to evaluate the effectiveness of daily practices developed by CAPS in the Municipality of João Pessoa, in accordance with the current mental health policy. This is a study evaluating health services, which uses a quantitative approach. The sample was made up of professionals linked to the Psychosocial Care Centers of the Municipality of João Pessoa, Paraíba, CAPS AD Jovem Cidadão, CAPS III Gutemberg Botelho, CAPS III Caminhar and CAPS AD III David Capristiano. The data collection instrument “Avalia CAPS” was applied, in its version for professionals, which evaluates the dimensions of autonomy, integrality and intersectorality. According to the results obtained in the research, with regard to the Comprehensiveness dimension, it was observed that the practices developed by professionals are effective in integrality and intersectorality, however, these practices are often insufficient within the context found in the services, in relation to the development of users' autonomy/protagonism within the CAPS, the results show that there is still a weakness in recognizing the user's protagonism in relation to their treatment plan, with regard to the development of results, it was observed that the reduction and management of crises, the reduction in the use of medicines and the number of hospitalizations of users proved to be positive, however, some professionals claim that users have difficulties in relation to the reduction in the medicines used. The research also shows us that CAPSAD proved to be more effective in developing autonomy/protagonism, integrality and intersectorality and results. The research proved capable of providing an understanding of the work dynamics carried out in the CAPS of João Pessoa within the dimensions analyzed, managing to identify some weak aspects that can be improved within the services.

Keywords: Mental Health Services. Health Services Research. Mental Health.

Lista de quadros

Quadro 1	Modalidades dos CAPSs	18
Quadro 2	Dimensões, Fatores e Itens	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos	31
Tabela 2	Dados sobre atuação profissional nos CAPS	33
Tabela 3	Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade	36
Tabela 4	Dimensão: Autonomia e Protagonismo	38
Tabela 5	Dimensão: Resultados	39
Tabela 6	Valor de p dos testes de diferença de hipótese entre grupos	40
Tabela 7	Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade	42
Tabela 8	Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Autonomia e Protagonismo	43
Tabela 9	Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Resultados.	44
Tabela 10	Distribuição das respostas entre as unidades dos CAPS – Dimensão: Autonomia e Protagonismo	45
Tabela 11	Distribuição das respostas entre vínculos empregatícios – Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade	46
Tabela 12	Distribuição das respostas entre vínculos empregatícios – Dimensão: Resultados	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	07
2	OBJETIVOS.....	12
2.1	Objetivo geral.....	12
2.2	Objetivos específicos.....	12
3	FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	13
3.1	Breve histórico da Saúde Mental no Brasil.....	13
3.2	Rede de Atenção Psicossocial.....	16
3.3	Centros de Atenção Psicossociais.....	18
3.4	Avaliações dos serviços de saúde mental.....	20
3.5	Avalia CAPS.....	22
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	Tipo de pesquisa, sujeitos e localização da pesquisa.....	26
4.2	Sujeitos da pesquisa, Critérios de Inclusão e Exclusão.....	26
4.3	Instrumento de Coleta de Dados.....	27
4.4	Coleta de dados.....	27
4.5	Tratamento e análise de dados.....	28
4.6	Aspectos éticos.....	28
5	RESULTADOS.....	30
6	DISCUSSÃO.....	48
7	CONCLUSÃO.....	53
	CRONOGRAMA.....	54
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICE A – TCLE.....	62
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	65
	ANEXO A –. AVALIA CAPS profissionais.....	68

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental, desde os primórdios, foi entendida no meio psiquiátrico como o oposto à loucura, porém, o conceito de saúde mental é muito mais amplo e complexo do que apenas a ausência de transtornos ou enfermidades mentais. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) define saúde mental como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade", portanto, percebe-se a complexidade deste conceito na medida em que este contempla as dimensões psicológicas, sociais e psicossociais que determinam o processo saúde-doença (Ribas; Terra; Erdmann, 2013). O tratamento das doenças mentais, continuamente, é influenciado pelos contextos sócio-políticos, muitas vezes sendo baseado na intolerância e no preconceito, utilizando o cárcere como recurso para esconder as diferenças comportamentais desses indivíduos frente à sociedade (Gaino et al., 2018).

A OMS e a Comissão Global sobre Saúde Mental e Desenvolvimento Sustentável, desde maio do ano de 2013, adotou o Plano de Ação Integral de Saúde Mental. Este, visa mudar o direcionamento da saúde mental de forma global até o ano de 2030 através de suas recomendações, e pleiteiam junto aos países o desenvolvimento de uma rede integrada e territorializada de atenção em saúde mental, que substitua o modelo manicomial e asilar. Para isso, é necessário o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o fortalecimento das políticas públicas que contemplem o cuidado em rede e garantam a saúde mental como direito humano (Sampaio; Bispo, 2021).

A mudança do modelo de cuidado em Saúde Mental no Brasil foi impulsionada pela Reforma Psiquiátrica, seguida da implantação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que surgem como um novo serviço de saúde mental, marcando a desinstitucionalização no país e promovendo uma articulação entre serviços (Sampaio; Bispo, 2021).

Posteriormente, no ano de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria n. 3088, que possui gestão regionalizada e vem com uma estrutura organizacional de um modelo de atenção aberto, integral, com a garantia da livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, comunidade e cidade. A rede é composta por serviços e equipamentos variados como: os CAPS em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados em saúde mental e nos hospitais-dia atenção integral. Segundo dados do Ministério da Saúde, em levantamento feito

no ano de 2022, o Brasil contava com 2.836 CAPS habilitados, 1.952 Leitos em Hospitais Gerais, 12.662 Leitos em Hospitais Especializados, 813 Serviços Residenciais Terapêuticos, 224 Equipes multiprofissionais, 70 Unidades de Acolhimento, distribuídos entre 1.910 municípios de todos os estados e no Distrito Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual superior a R\$ 1,568 bilhão para essas modalidades de serviços (Brasil, 2022).

Dentro da RAPS, os CAPS são os serviços de maior notoriedade, que possuem atenção diária em saúde mental, seguindo os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica: promoção da saúde; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários. Os CAPS trabalham com equipe multiprofissional que promovem diversas atividades, tanto em grupo como individuais, como: oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia; além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Nestes serviços, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário (Mielke et al., 2009).

Devido ao caráter complexo da organização da assistência e aos impactos subjetivos sobre os profissionais que trabalham com pacientes com transtornos mentais, percebe-se a necessidade de monitoramento e análise contínua nos serviços de saúde mental. O monitoramento se caracteriza como um instrumento focado em gerar dados de fácil apropriação e útil para as tomadas de decisões no cotidiano dos gestores e profissionais, enquanto a análise consiste no desmembramento dos dados produzidos em unidades menores, para, eventualmente, buscar sentidos com base em teorias que orientam um dado trabalho e que irão permitir a geração de novas ideias sobre esses dados (Furtado; Gasparini, 2019). Uma abordagem avaliativa que contemple a pluralidade e interdisciplinaridade dos serviços é necessária para acompanhar sua estrutura organizacional e sua funcionalidade. Serviços que não possuem dados que produzam parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos, tornam-se impossíveis de serem medidos, avaliados e posteriormente melhorados.

Nesse sentido, os processos avaliativos adquirem um papel essencial como instrumento de aprimoramento das práticas, objetivando reverter ou minimizar entraves, bem como potencializar a assistência prestada, visando maior eficácia, efetividade e melhoria da vida dos usuários (Campos et al., 2009).

No Brasil, há poucas pesquisas publicadas sobre avaliações e caracterizações dos serviços de saúde mental que abranjam todas as regiões brasileiras. Existem alguns obstáculos

que interferem nesse processo de avaliação dos serviços de saúde mental, que são: a falta de concordância por parte da administração pública sobre a avaliação de programas e projetos; a falta de consenso sobre um modelo avaliativo que defina e preconize a forma de funcionamento dos serviços de saúde mental; e a falta de indicadores capazes de quantificar e/ou qualificar os serviços de saúde mental (Silva; Esperidião, 2012).

Os instrumentos mais utilizados no Brasil, até então, para avaliação dos serviços de saúde mental são a Escala de Avaliação da Satisfação dos Profissionais com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) e a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR), que foram elaboradas pela OMS e traduzidas e validadas no Brasil por Bandeira et al.(1999). A SATIS-BR mensura a satisfação da equipe técnica em relação ao serviço de saúde mental e a IMPACTO-BR mensura a sobrecarga sentida pelos profissionais em consequência do trabalho diário nos serviços de saúde mental. As escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR geram algumas limitações dentro do processo avaliativo, pois, apesar de complementarem constructos importantes para avaliação de serviços, a satisfação apresenta alguns entraves, uma vez que não produz dados no que tange a aspectos de processo e resultado, e geralmente estão associadas à expectativa do indivíduo, sendo estas influenciadas por contextos para além do serviço, por exemplo, em áreas menos privilegiadas economicamente geralmente as expectativas são baixas, o que, na maioria das vezes, resulta em satisfação alta (Rocha; Zanardo, 2022).

No que tange a avaliação através de indicadores, o SUS possuía o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se destacava com uma série de indicadores aplicados a um serviço ou rede de serviços, de modo a avaliar e induzir práticas. Porém, o PMAQ possuía apenas quatro indicadores de práticas em saúde mental, possuindo um escopo tímido perante a complexidade das práticas e da organização dos serviços de saúde mental, além de restringir-se à atenção básica. Nesse contexto, outro instrumento avaliativo, desenvolvido por Onocko et al. (2006) foi criado com intuito de buscar estabelecer um consenso e um paradigma para a avaliação dos serviços através de indicadores de saúde mental. Foram elaborados 16 indicadores, agrupados em oito temas: Atenção à situação de crise; Qualificação dos atendimentos grupais; 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 constituem um conjunto potencialmente útil para contribuir com a avaliação, o monitoramento e a gestão dos Centros de Atenção Psicossocial (Onocko-Campos; Furtado, 2006).

É importante compreender a relevância do processo avaliativo dentro dos serviços de saúde mental, a fim de potencializar a assistência, minimizar ou solucionar problemas, verificar a capacidade de resolubilidade, e ainda, aferir as perspectivas dos diferentes atores dos serviços (usuários, familiares, profissionais etc.). Sendo assim, o processo avaliativo pode ser usado como uma ferramenta capaz de produzir conhecimentos sobre a temática, auxiliando na tomada de decisão e na reformulação dos modelos de assistência e cuidado (Silva; Esperidião, 2012).

Diante do exposto, foi desenvolvido um conjunto de instrumentos que visa avaliar os CAPS, serviço de saúde mental com papel fundamental na RAPS. Os instrumentos, denominados Avalia-CAPS, construídos e validados por Rocha et al. (2022), foram baseados nos princípios de atenção psicossocial preconizado pela OMS como modelo de cuidado à saúde mental. Este considera as necessidades e singularidades dos sujeitos, respeitando as convenções de direitos humanos. O Avalia-CAPS foi formulado com perguntas específicas para conseguir avaliar dois grandes eixos teóricos: 1) autonomia; 2) integralidade e intersetorialidade.

O eixo da autonomia é fundamental para as práticas no serviço, é a dimensão que avalia um modelo de cuidar focado na produção de autonomia, que percebe os sujeitos em sua subjetividade, capazes de serem independentes, autossuficientes e de exercerem controle sobre si mesmos, assim, o processo de cuidado não deve ser realizado para o usuário, mas sim construído com ele. O eixo da integralidade e intersetorialidade abarca os itens que dizem respeito ao processo de construção de estratégias que compreendam o sujeito de forma ampla. A integralidade propõe uma abordagem resolutiva e articulada com questões de ordem biológica, psíquica, social, política, econômica, cultural e espiritual, considerando suas diferentes necessidades; a intersetorialidade destaca a construção de redes interssetoriais, tanto no campo da saúde como em interface com outros setores (formal e informal), aborda a importância do compartilhamento de saberes e disciplinas, objetivando as articulações no que tange a perspectiva do cuidado em saúde mental, associando conhecimentos e práticas desde o planejamento inicial até a reinserção do indivíduo na sociedade (Rocha; Zanardo, 2022).

O Avalia-CAPS tem como finalidade avaliar como os atributos da atenção psicossocial se efetivam em práticas cotidianas dos CAPS, a partir da perspectiva de usuários, profissionais e familiares. Diante disso, o estudo apresenta como questão norteadora: qual a percepção dos profissionais dos CAPS quanto aos domínios da autonomia, integralidade, intersetorialidade e resultados nas práticas cotidianas dos CAPS? A cidade de João Pessoa conta com 5 unidades de CAPS, são elas: CAPS AD David Capistrano, CAPS AD Jovem Cidadão, CAPS III Caminhar, CAPS Dr. Gutemberg Botelho e CAPSI Infante Juvenil Cirandar; dentre esses, apenas o CAPS infantil não fez parte do nosso estudo. Com esse estudo, espera-se contribuir

para os melhoramentos dos serviços de saúde mental, identificando potencialidades e fragilidades no processo de trabalho dentro do modelo de atenção psicossocial, e assim, possibilitar a remodelação e melhorias no cuidado, nas políticas públicas e nos serviços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos profissionais dos CAPS quantos aos domínios da autonomia, integralidade, intersetorialidade e resultados nas práticas cotidianas desenvolvidas nos CAPS do Município de João Pessoa, Paraíba.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais dos CAPS;
- Avaliar, na perspectiva dos profissionais, a produção de integralidade e intersetorialidade, de autonomia/protagonismo dos usuários e de resultados das ações de cuidado em saúde mental realizadas pelos CAPS.
- Comparar os dados obtidos entre as modalidades de CAPS do estudo

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Breve histórico da Saúde Mental no Brasil

No Brasil, diferentes modelos assistenciais em saúde mental são encontrados no decorrer de sua trajetória. Com a chegada da família real ao Brasil, a saúde mental passa a dispor de uma atenção especial. Nesse contexto, começa a existir a exclusão dos indivíduos em sofrimento psíquico dos convívios familiares, principalmente das famílias ricas da sociedade. Por vezes, esses familiares eram considerados perigosos ao convívio social, pretexto para mascarar a vergonha e a hostilidade das famílias. Os indivíduos considerados ‘loucos’ eram tratados em asilos ou nas conhecidas Casas de Misericórdia, que possuíam um perfil de hospedaria, onde os pacientes não se ausentariam em nenhuma ocasião. Esses lugares, muitas vezes sob comandos da Igreja Católica, se camuflavam de instituições de caráter religioso, mas que não possuíam qualquer tratamento humanizado (Santos; Miranda, 2015).

A institucionalização do cuidado em saúde mental no país está vinculada à criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1841, seguindo o pressuposto da privação de liberdade e mantendo-se a vertente religiosa e caritativa como subterfúgio. Com a Proclamação da República, o Hospício Pedro II passou ao domínio psiquiátrico científico, com a ênfase da abordagem medicalizante. A partir disso, os hospícios passaram a ocupar o centro do modelo de assistência, cada vez mais voltadas para as práticas violentas e desumanizadas, que começaram a ser cada vez mais questionadas. Assim, surgem no final da década de 1970 os primeiros movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Sampaio; Bispo, 2020).

O movimento da Reforma Psiquiátrica influenciou significativamente o desenvolvimento do pensamento crítico à institucionalização da loucura. Os primeiros passos desse movimento surgiram a partir das reivindicações dos profissionais dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, que vivenciavam condições extremamente precárias. Essas reivindicações desencadearam um processo de revolta popular, com manifestações e matérias na imprensa que, inseridos em um cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, repercutiu também na luta específica pelos direitos humanos para as vítimas de violência psiquiátrica. Em 1978, é constituído o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o primeiro sujeito coletivo com o propósito de lutar pela desconstrução do modelo manicomial vigente, que também esteve envolvido no processo de reformulação da assistência médica. Em consequência dessas mudanças, há a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco no desenvolvimento de políticas públicas e revolucionou a

participação social na saúde. A partir disso, surgiram as conferências específicas, dentre elas a da saúde mental, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 1987, considerada um marco para as políticas públicas do setor (Amarante; Nunes, 2018).

Após a I Conferência Nacional de Saúde Mental, as discussões sobre a saúde mental começaram a ocupar mais espaços sociais, políticos e científicos, ganhando uma maior visibilidade, criando base para a transformação do MTSM em Movimento da Luta Antimanicomial, um movimento que englobava além dos profissionais, usuários, familiares e ativistas da causa (Sampaio; Bispo, 2020).

Com as transformações das práticas do modelo de cuidado em saúde mental, em 1987, surge o primeiro CAPS, como um espaço alternativo e inédito de cuidado, diferente do modelo hospitalar existente naquele período. Em 1988 o SUS é implantado no país com a Constituição Federal de 1988, abrindo uma nova perspectiva de autonomia às entidades municipais, assim, começa a extinção dos hospitais psiquiátricos, sendo substituídos pelos Núcleos de Atenção Psicossocial, criando uma rede capaz de contemplar outras dimensões e demandas da vida durante o tratamento dos indivíduos (Amarante; Nunes, 2018). Posteriormente, em 1991, ocorreu a regulamentação dos NAPS e dos CAPS. Em 2002, outras políticas públicas de saúde mental foram implementadas pela Portaria/GM nº336, reestruturando e ampliando o atendimento psicossocial, organizando os CAPS, definindo modalidade, estrutura e especificando o atendimento dos usuários, passando a existir CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas) (Sampaio; Bispo, 2020).

Outro marco importante para a estruturação do atendimento psicossocial foi a criação da RAPS, em 2011, pela Portaria nº 3.088 do MS. A RAPS foi criada para ampliar, integrar e articular o acesso aos serviços de saúde mental nos diversos pontos de atenção, permitindo o acompanhamento do usuário no fluxo da rede e garantindo o cuidado integral. A Rede foi criada interligando os seguintes pontos de atenção: (i) Atenção Básica em Saúde; (ii) Atenção Psicossocial Especializada; (iii) Atenção de Urgência e Emergência; (iv) Atenção Residencial de Caráter Transitório; (v) Atenção Hospitalar; (vi) Estratégias de Desinstitucionalização; e, por fim, (vii) Reabilitação Psicossocial (Fernandes et al., 2020).

No início da segunda década do século XXI os efeitos dos retrocessos da Reforma psiquiátrica brasileira começam a ser notados, um dos pontos marcam esse processo é a introdução das Comunidades Terapêuticas na RAPS em 2011. O cenário político dessa década proporcionou condições favoráveis aos retrocessos, principalmente a partir do ano de 2015, onde existiu um avanço do espectro do conservadorismo político que encontrou forças na conjuntura político-econômica que o país vivia. O intuito era romper as heranças deixadas pelos

governos de centro-esquerda, no que diz respeito às diretrizes até então vigentes para a política de saúde mental. O recorte dessa política se inicia em 2016 com publicações normativas, dentre elas a publicação da Portaria nº 1.482 do MS, que traz a admissão das comunidades terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em 2017, foram incluídos os hospitais psiquiátricos na Raps, com a garantia de reajustes escalonados dos valores das diárias de internações (Passarinho, 2022).

Política Nacional de Saúde Mental, álcool e drogas foi atravessada por um processo de (re)manicomialização no Governo do Presidente Jair Bolsonaro (2019-2022). Já durante o período de campanha, o seu plano de governo não cogitava nenhuma ação no campo da saúde mental. Entretanto, durante o seu mandato, a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde, onde, pela primeira vez, o conjunto de documentos sobre a saúde mental é tratado como uma “nova” política, assumindo o aspecto de descontinuidade com as orientações anteriores. Trazendo uma consideração sobre os serviços da RAPS, afirmando que nenhum serviço pode ser considerado como substitutivo a outro, colocando os CAPS e os estabelecimentos asilares no mesmo patamar, induzindo a perspectiva da complementaridade entre os serviços. Essa Nota enfatizou a centralização no uso medicamentoso, o investimento em hospitais psiquiátricos, o financiamento de Comunidades Terapêuticas, a oferta de investimentos para o procedimento de eletroconvulsoterapia (tratamento usado pelo modelo manicomial) e a deslegitimação da política de redução de danos (Brasil, 2019). Essa nota técnica foi prontamente repudiada por diversos Conselhos Profissionais e segmentos da sociedade civil. Assim, a desconstrução da Política Nacional de Saúde Mental e sua condução desumana sob a égide manicomial no Governo Bolsonaro, contribuíram para retrocessos significativos, em um contexto de explosão de casos de transtornos mentais e uso abusivo de álcool e outras drogas, que foram advindos do período pandêmico da covid-19, que ameaçou as transformações conquistadas pela Reforma Psiquiátrica brasileira (Passos, 2021).

Diante disso, o retrocesso fica nítido a partir da perspectiva do objetivo da criação da RAPS, que foi instituída para servir como uma rede substituta à rede hospitalar, seguindo os princípios da territorialidade e da reinserção social, no contraposto à esses princípios, há a inclusão de estabelecimentos como as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos, que funcionam retirando os indivíduos de seu convívio social e de seus vínculos territoriais. O atual governo do Presidente Lula, que se iniciou no ano de 2023, promete retomada dos princípios da reforma psiquiátrica, pela primeira vez na história do Brasil, foi criado um Departamento de Saúde Mental na estrutura do Ministério da Saúde. O foco será o fortalecimento dos CAPS. A ideia é atender à população que sofre com transtornos

mentais de modo humanitário e mais amplo. Entre os compromissos anunciados pelo Governo Lula, estão: o esforço para libertar pacientes crônicos ainda em manicômio, habilitar centenas de CAPS no país, a retomada da Conferência Nacional de Saúde Mental, promover o atendimento integral no lugar da internação compulsória e a emancipação social no lugar do enclausuramento, priorizando o respeito à autonomia, o cuidado, o trabalho em rede e a inserção social. Assim, volta-se às diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, construída a várias mãos a partir da Reforma Psiquiátrica, referência em vários países do mundo. E ao diálogo e à construção coletiva com a sociedade civil. O grande desafio, vivenciado atualmente pelo governo, é conseguir o orçamento para implementar políticas públicas que retomem o caminho.

3.2 Rede de Atenção Psicossocial

A RAPS tem como objetivo de organizar os serviços de saúde mental ofertados no Brasil. Surge como uma ferramenta organizativa que possibilita a integração do cuidado aos usuários a partir da articulação dos serviços de saúde e dos arranjos tecnológicos existentes no espaço territorial, nos diferentes níveis e pontos de atenção do SUS. Estabelece assim um fluxo contínuo de cuidado, e responsabilização compartilhada e interdisciplinar entre os níveis de atenção (Sampaio; Bispo, 2021).

A articulação promovida pela RAPS propõe assegurar às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e às com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, um atendimento integral e humanizado, a partir de uma gestão de caráter regional, em um modelo de atenção aberto e com a perspectiva de promover um melhor deslocamento dos usuários pelos serviços de saúde, comunidade e cidade (Nóbrega; Mantovani; Domingos, 2020).

A RAPS é composta por sete componentes que fazem parte do modelo de redes de atenção à saúde, que englobam os diversos níveis de atenção e densidades tecnológica, são eles: Atenção Primária à Saúde (APS), que é integrada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Psicossocial Especializada, que engloba os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil - definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência, que engloba os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Sala de

Estabilização); Atenção Residencial de Caráter Transitório, que engloba as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em regime Residencial; Atenção Hospitalar, que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de Desinstitucionalização, que englobam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2011).

O funcionamento eficiente da RAPS só é capaz de ser realizado através da integração e articulação dos profissionais e serviços em rede. Os profissionais inseridos nos serviços que recebem as pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como das com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, devem ser capazes de promover o acolhimento e classificação de risco desses usuários, articulando e coordenando o cuidado para os outros pontos de atenção componentes da RAPS, o que pode ser feito através de sistemas logísticos, como as centrais de regulação, sistemas de referência e contra referências, e prontuários eletrônicos integrados (Andrade; Zeferino; Fialho, 2016).

Embora a criação da RAPS tenha proporcionado incontestáveis avanços dentro dos serviços voltados à saúde mental, é importante ressaltar as fragilidades que são encontradas dentro do arranjo como uma rede interligada de cuidado à saúde. Dentre essas fragilidades encontradas, estão: a falta de mecanismos de diálogo entre os componentes da rede, a precarização dos vínculos profissionais, a inexistência de mecanismos avaliativos e de monitoramento dos serviços da RAPS e da própria política pública de saúde mental, a escassez de estratégias capazes de enfrentar a vulnerabilidade social dos indivíduos, a falta de planejamento organizacional que seja capaz de identificar e extinguir os vazios assistenciais ainda persistentes nos diversos pontos de atenção, que acarretam na centralização e na reclusão do cuidado apenas aos serviços do CAPS, sendo esse, muitas vezes reconhecido como o único responsável pelo atendimento à saúde mental do território (Lima; Guimarães, 2019).

Existem no Brasil equipamentos de rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas, que não integram o SUS, , mas integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, são as chamadas Comunidades Terapêuticas, entidades privadas, sem fins lucrativos, que realizam gratuitamente o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (espontâneo). Essas comunidades terapêuticas muitas vezes vão na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, assim como do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil, sendo alvo de severas críticas, devido há muitas denúncias decorrentes de rigorosas

fiscalizações, que encontraram inúmeras e imperdoáveis práticas desumanas e iatrogênicas, que em muito se assemelhavam às práticas dos primeiros Hospitais Psiquiátricos. Assim, muitas vezes, o trabalho dessas comunidades no Brasil pode ser considerado como uma forma de regressão aos padrões primitivos de tratamento das doenças mentais (Perrone, 2014).

3.3 Centros de Atenção Psicossociais

Os Centros de Atenção Psicossociais, desde sua implantação, são os “carros-chefes” da Reforma Psiquiátrica, sendo o serviço de maior destaque e centralização de atendimento ao usuário dentro da RAPS. Os CAPS têm como objetivo promover o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, bem como aquela com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de forma territorializada, integrada e articulada com os demais serviços da rede, pois não devem ser considerados os únicos responsáveis pelas intervenções em saúde mental. O tratamento proposto ao usuário deve ser organizado e construído visando à reabilitação e reintegração do usuário à sociedade, por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos seus direitos civis e restabelecimento dos vínculos familiares. Para isso, é necessário o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares que deem suporte à saúde mental em outros pontos de atenção à saúde, como a Atenção Básica e unidades hospitalares, integrando os serviços de saúde mental (Silva; Paula; Araújo, 2018).

Existem diferentes modalidades de CAPS, que diferem entre si quanto aos recursos humanos, população adscrita, profissionais, estrutura física, e diversidade nas atividades terapêuticas desenvolvidas; e quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (Brasil, 2022). As modalidades de CAPS são (Quadro 1):

Quadro 1: Modalidades dos CAPSs

Caps I	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
Caps II	Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps i	Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
Caps AD	Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
Caps AD III	Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
Caps III	Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; indicado para atender cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
Caps AD IV	Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Fonte: (Brasil,2022)

As modalidades dos CAPSs condicionam o funcionamento do serviço, especificando cada unidade quanto aos horários de atendimento, composição da equipe e carga-horária dos profissionais. Todas as modalidades são compostas por equipes multiprofissionais especializadas em saúde mental, que são profissionais de diversas áreas (medicina, enfermagem, psiquiatria, educação física, assistência social, psicologia, terapia ocupacional e/ou outro profissional de nível superior necessário ao projeto terapêutico), além de técnicos/auxiliares de enfermagem, administrativo, técnico educacional, artesão e profissionais de nível médio para a área de apoio (Brasil, 2002).

Os CAPS funcionam como serviços de “porta aberta”, ou seja, atendem as demandas espontâneas, assim como também recebem as demandas referenciadas de outros serviços, desde

a atenção primária até os serviços de urgência e emergência. Esses serviços são reconhecidos como espaços estratégicos dentro da articulação da RAPS, seja na atenção multiprofissional direta, visando a promoção da saúde mental dos pacientes e de suas famílias, da vida comunitária e da autonomia dos usuários, seja na organização do cuidado. O trabalho do CAPS deve ser realizado integrado com a atenção básica, onde estão as Equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde e, dependendo da necessidade de cada usuário, articular também com outros serviços existentes na RAPS e em outras redes (Silva; Paula; Araújo, 2018).

Na composição do trabalho nos serviços ofertados pelos CAPS estão: as visitas domiciliares, o atendimento à família, as atividades comunitárias com objetivo de integração na família e comunidade, as oficinas terapêuticas, a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, a supervisão de unidades hospitalares, o desenvolvimento de ações intersetoriais o atendimento de usuários em crise, e a elaboração de projeto terapêutico singular (PTS). Dentro desse contexto, vale ressaltar a importância do apoio matricial na criação do PTS, que é um modelo de produção de saúde baseado em um processo de construção de projeto pedagógico-terapêutico de forma compartilhada entre equipes de saúde que, quando realizado de forma efetiva, é capaz de ampliar e potencializar, nos casos clínicos em saúde mental, a organização e articulação do cuidado com outros serviços do SUS (Silva; Paula; Araújo, 2018).

Os CAPS escolhidos como sujeitos da nossa pesquisa estão situados na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A cidade conta com cinco unidades de CAPS, nas suas diferentes modalidades, são eles: CAPS AD David Capistrano, CAPS AD Jovem Cidadão, CAPS III Caminhar, CAPS Dr. Gutemberg Botelho e CAPSI Infante Juvenil Cirandar; dentre esses, apenas o CAPS infantil não fez parte do nosso estudo. As equipes dos CAPS contam com profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, médicos, assistente social, técnico em enfermagem, farmacêutico, entre outros, além de profissionais de apoio, que são os recepcionistas, cuidadores em saúde, cozinheiros, vigilantes, entre outros. De acordo com os dados do CNES (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde), as quatro unidades de CAPS somam 192 profissionais ativos. Os CAPS AD David Capistrano, CAPS AD Jovem Cidadão e CAPS III Caminhar, são geridos pelo Município de João Pessoa, enquanto o CAPS Dr. Gutemberg Botelho pertence à gestão Estadual. Todas as unidades prestam serviços ambulatoriais e de internação aos seus usuários.

3.4 Avaliação dos serviços de saúde mental

A avaliação é uma atividade complexa, que não deve ser realizada de maneira instrumental tecnicista, mas considerando os serviços como sistemas reflexivos, numa amplitude de conexões e interdependências que expressam relações conflituosas nos contextos em que se inserem. Essa racionalidade dos sistemas abrangentes é tomada para a saúde mental, pois uma aplicação isolada de avaliações pode deslegitimar serviços públicos de tratamento, como os CAPS, cujos obstáculos encontrados para a sua efetividade também refletem as barreiras de outros serviços e cenários (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015, P. 3249).

No contexto de avaliação dos serviços de saúde mental, tem se recomendado o processo avaliativo como um procedimento recorrente e permanente, a fim de proporcionar dados que auxiliem na melhora da qualidade dos serviços prestados. A necessidade de instrumentos avaliativos nesses serviços têm sido uma preocupação constante da OMS, que através da Divisão de Saúde Mental, elaboraram as escalas SATIS e IMPACTO para a avaliação dos serviços de saúde mental, traduzidas e validadas para o Brasil por Bandeira et al. (1999 e 2000). As escalas são compostas por questões quantitativas. A Escala de Avaliação de Satisfação dos Profissionais com os Serviços de Saúde Mental - SATIS-BR conta com 32 questões que avaliam o grau de satisfação da equipe sobre os serviços oferecidos e as condições de trabalho na instituição que atuam; a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental - IMPACTO-BR conta com 18 questões que avaliam o grau de sobrecarga sentido pelos profissionais de saúde mental que trabalham diariamente com portadores de sofrimento psíquico, essa sobrecarga e insatisfação podem afetar a saúde geral e mental do profissional, causando danos sociais e comportamentais, como estresse, absenteísmo, dispersão, que podem comprometer a qualidade do atendimento aos usuários. (Dias; Furegato, 2016) (Bandeira; Ishara; Zuardi, 2007).

No Brasil, em relação aos processos avaliativos, é evidente a expansão de pesquisas no campo da saúde mental, abrangendo as várias modalidades de serviços que compõe a rede de assistência, entretanto, mesmo com o aumento de estudos avaliativos de saúde mental, o cenário ainda é pouco explorado, com estudos que ainda causam pouco impacto dentro do contexto macro-político (Trapé; Onocko-Campos, 2017).

Os instrumentos mais utilizados para avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil são as escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, que apesar de terem como vantagem a produção de dados que podem ser comparados com outros contextos, possuem algumas limitações, por serem dados obtidos a partir apenas da perspectiva dos profissionais de saúde, o que os tornam

instrumentos muito específicos, que não abrangem todas as características singulares da atenção à saúde mental (Rocha; Zanardo, 2022).

Sendo assim, é um desafio para o processo avaliativo conseguir incorporar os diversos atores que compõem os sistemas de saúde mental, levando em consideração suas necessidades distintas, seus pontos de vista e suas posições dentro dos serviços. Para isso, é necessário um instrumento de avaliação que integre todo o conjunto de pessoas envolvidas nos serviços de saúde mental: profissionais, usuários e familiares. A participação desses atores é capaz de fornecer diferentes perspectivas, porém complementares e igualmente necessárias na construção de novas políticas, na avaliação dos atendimentos, na qualidade do serviço proposto e na identificação de fragilidades do sistema, podendo gerar dados que permitam promover melhorias dentro dos serviços (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015).

3.5 Avalia CAPS

O processo avaliativo de qualidade deve ser entendido como um procedimento contínuo, capaz de possibilitar a identificação de potencialidades, fragilidades e aspectos que podem ser melhorados na atenção aos usuários dos serviços de saúde mental. Diante da compreensão da lacuna existente na institucionalização da avaliação em saúde mental, principalmente no que diz respeito aos aspectos relacionados ao processo e resultado, foi estruturado um conjunto de instrumentos para avaliar a qualidade da atenção prestada nos CAPS, que são os serviços de maior expressão no Brasil dentro da atenção à saúde mental. Esses instrumentos foram elaborados por Kátia Bones Rocha e Gabriela Lemos de Pinho Zanardo, denominados como Avalia-CAPS, contando com as versões para profissionais, usuários e familiares. (Rocha; Zanardo, 2022).

O Avalia-CAPS foi desenvolvido com o intuito de avaliar como os atributos da atenção psicossocial se configuram em práticas habituais dos CAPS, utilizando a perspectiva de usuários, profissionais e familiares. Esse instrumento foi inspirado no PCATool (Primary Care Assessment Tool), que propõe avaliar como os atributos da atenção primária são efetivadas no cotidiano da atenção, contribuindo assim para a qualificação desses serviços. A criação dos itens que compõem o Avalia-CAPS foi fundamentada no modelo de cuidado à saúde mental proposto pela OMS. Este considera as necessidades e singularidades dos sujeitos, respeitando as convenções de direitos humanos (Rocha; Zanardo, 2022).

O processo de construção do instrumento Avalia-CAPS (versões usuários, familiares e profissionais) foi executado em diversas etapas. Em um primeiro momento, realizou-se uma

pesquisa de revisão de literatura nacional e internacional, a fim de identificar estudos sobre o processo avaliativo dos serviços de saúde mental, assim como as leis e portarias voltadas para o campo da saúde mental e atenção psicossocial no Brasil. Por conseguinte, foram realizados estudos qualitativos com profissionais e usuários do CAPS, a fim de investigar os principais atributos da atenção psicossocial e sua operacionalização na rotina de serviços dos CAPS. Depois, foi construída uma versão piloto do instrumento, e essa foi analisada por oito juízes especializados na área de saúde mental e construção de instrumentos. Foram obtidos resultados com valores de 88,6% no Índice de Validade de Conteúdo (IVC), e a concordância entre os juízes foi classificada como muito satisfatória (Rocha; Zanardo, 2022).

O Avalia-CAPS, na versão para profissionais, tem como objetivo avaliar como os principais atributos da atenção psicossocial se configuram nas práticas do CAPS, utilizando-se dois grandes eixos teóricos: 1) Integralidade/intersetorialidade: essa dimensão é relativa ao processo de construção de estratégias que contemplem o usuário de forma ampla, levando em consideração suas necessidades diversas, aborda a importância do compartilhamento de saberes e disciplinas, do estabelecimento de redes, da articulação do cuidado em saúde mental; 2) Autonomia/protagonismo: essa dimensão é relativa à perspectiva do profissional quanto ao desenvolvimento do exercício crítico e reflexivo dos usuários, bem como a capacidade desses intervirem sobre as práticas de cuidado, estabelecendo redes de apoio e multiplicidade de relações, atuando na promoção da autogestão da vida cotidiana, aumentando a capacidade de escolha, o fortalecimento de vínculos e a corresponsabilização no processo de cuidado. (Machado; Rocha, 2020). As dimensões teóricas do instrumento foram atravessadas principalmente pelos elementos de processos e resultados, sendo representadas por oito fatores, composto por itens específicos dos instrumentos, sendo esse composto por 38 questões, descritos no quadro abaixo (Quadro 2):

Quadro 2: Dimensões, Fatores e Itens

Dimensões	Fator	Itens
Integralidade e Intersetorialidade	Integralidade: integração comunitária (Fator 5)	Q9, Q10, Q20, Q21, Q32, Q34
	Participação da família no tratamento (Fator 6)	Q7, Q8, Q27, Q33
	Coordenação com Atenção Primária e outros serviços da rede	Q11, Q12, Q13, Q22

	de saúde e Intersetorialidade (Fator 7)	
	Equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise (Fator 8)	Q28, Q29, Q30, Q38
Autonomia e Protagonismo	Tratamento centrado no usuário e suas necessidades (Fator 2)	Q1, Q3, 14, Q24
	Informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento (Fator 3)	Q2, Q4, Q5, Q6, Q25, Q26, Q31
	Capacidade de desenvolver atividades diárias (Fator 4)	Q15, Q16, Q18, Q19
Resultados	Resultados (Fator 1)	Q17, Q23, Q35, Q36, Q37

Fonte: (Machado; Rocha, 2020).

Deste modo, a dimensão da Integralidade e Intersetorialidade é composta por quatro fatores: fator 5, aborda sobre o processo da ressocialização e incorporação dos usuários na comunidade; fator 6, avalia o quanto o serviço viabiliza integração familiar; fator 7, avalia a capacidade do serviço de fazer a intersetorialidade entre os serviços de saúde da rede; fator 8, avalia a equipe no que se refere ao manejo com usuários nos momentos de crise. A dimensão da Autonomia e Protagonismo está composta por três fatores: fator 2, tem como objetivo destacar as estratégias que são necessárias para compor o plano de tratamento do usuário, na perspectiva de acolhimento e de reconhecimento do usuário como um sujeito e participante ativo dentro do seu processo de cuidado; fator 3, tem como objetivo fortalecer a perspectiva de que o usuário deve ter acesso à todas as informações acerca de seu planejamento terapêutico e levar pontos norteadores necessários para constituir a singularidade do seu plano terapêutico; fator 4; avalia a capacidade de autogestão e o desenvolvimento do usuário nos aspectos que compõem atividades diárias realizadas pela sociedade. A dimensão de Resultados, que está composta pelo fator 1, busca avaliar o quanto as ações de cuidado dos CAPS contribuíram na diminuição das crises, no uso de medicação e no número de internações (Machado; Rocha, 2020).

A criação de instrumentos avaliativos que possam ser usados para estimar a qualidade e funcionalidade dos serviços de saúde mental é um grande desafio, tanto pela complexidade

deste campo, como pela subjetividade do cuidado a partir da singularidade dos atores envolvidos. Assim, é fundamental que exista o esforço para o estabelecimento de indicadores e parâmetros que avaliem a qualidade e efetividade dos serviços, que permitam avaliações contínuas e o acompanhamento dos serviços realizados. Ressaltando a importância de considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos nos processos de atenção e cuidado, que são os usuários, profissionais e familiares. Nesse quesito, o Avalia-CAPS surge para cumprir esse papel, visto que, até então, não possuíamos instrumentos que avaliassem a qualidade dos serviços e da RAPS. Dessa forma, esse instrumento visa ser capaz de promover estudos que visem à melhoria do modelo de assistência psicossocial, através do conhecimento dos cenários e atores existentes dentro dos Centros de Atenção Psicossociais (Machado; Rocha, 2020).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de pesquisa, sujeitos e localização da pesquisa

Contandriopoulos et al. (1997, p.29-47), define que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisão”. A avaliação é um processo essencial à melhora da qualidade de serviços e da tomada de decisão. Entretanto, o seu uso ainda não é amplamente difundido devido aos obstáculos encontrados para sua utilização, como recursos e tempo necessário para executar a avaliação e analisar os resultados. Sabendo que quando se trata de saúde, os problemas necessitam de soluções imediatas, apenas a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode auxiliar na resolução de problemas e na tomada de decisão. Nesse sentido, o papel dos estudos de avaliação de serviços de saúde é o de proporcionar dados e conhecimento que auxiliem na tomada de decisão, no aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades realizadas pelo serviço (Tanaka; Tamaki, 2012).

Assim, esse estudo trata-se de um estudo de avaliação de serviços de saúde, que utiliza abordagem quantitativa e um instrumento específico de avaliação, o Avalia-CAPS. Os sujeitos da pesquisa são profissionais que estão vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial do Município de João Pessoa, Paraíba, são eles: CAPS AD Jovem Cidadão, CAPS III Gutemberg Botelho, CAPS III Caminhar e CAPS AD III David Capistrano.

4.2 Sujeitos da pesquisa, Critérios de Inclusão e Exclusão

Todos os profissionais ativos nos Centros de Atenção Psicossociais do Município de João Pessoa foram elegíveis para participação nesse estudo, são eles: profissionais de ensino superior, profissionais de nível técnico, médio e fundamental. Para conhecer o quantitativo de profissionais nos serviços usamos os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2023). Estavam cadastrados ao todo 196 trabalhadores nos CAPS incluídos no estudo. A pesquisa é, portanto, do tipo censitário, na qual a totalidade da população objeto de estudo da pesquisa (profissionais dos CAPS) foi convidada para participar do estudo. Não foi utilizada amostragem aleatória devido ao número pequeno da população a ser estudada.

Os profissionais elegíveis foram todos aqueles que estavam vinculados e ativos nos serviços. Foi utilizado como critério de exclusão circunstâncias que impediam a inclusão do sujeito no estudo, como a não aceitação de responder ao questionário e afastamento do ambiente de trabalho.

4.3 Instrumento de Coleta de Dados

Foi aplicado o instrumento de coleta de dados “Avalia CAPS” (Anexo I), em sua versão para profissionais (Machado; Rocha, 2020). Este instrumento engloba os eixos de Autonomia e Integralidade e Intersetorialidade, que são representadas por oito fatores, distribuídos em 38 questões. O estudo de validação foi desenvolvido com 195 profissionais de diferentes CAPS do Brasil, avaliou o grau de confiabilidade do instrumento através de uma análise de convergência entre a escala SATIS BR e o Avalia CAPS e entre a IMPACTO-BR e o Avalia CAPS, obtendo correlações positivas e moderadas. A consistência interna do Avalia-CAPS foi de $\Omega_t=0,93$ e $\alpha=0,92$, que confrontada com os valores encontrados pelas escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, proporcionou índices semelhantes de: $\alpha=0,89$ e $\alpha=0,87$, respectivamente. Em relação à consistência interna dos fatores do Avalia-CAPS, que variam entre $\alpha=0,63$ e $\alpha=0,75$, os valores mostram-se um pouco abaixo dos encontrados nas escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR, que ficaram entre $\alpha=0,63$ e $\alpha=0,83$ e $\alpha=0,70$ e $\alpha=0,78$, respectivamente (Machado; Rocha, 2020).

A escala usada para as respostas das questões do Avalia-CAPS é do tipo Likert, com quatro opções de respostas que foram atribuídos valores de 0 a 4: Com certeza, sim (4), Provavelmente, sim (3), Provavelmente, não (2), Com certeza, não (1); as respostas na escala tipo Likert possuem uma graduação que vão de um extremo de total desacordo até o outro extremo de total acordo. Além disso, incluiu-se a opção de resposta Não sei/não lembro (0), seguindo o mesmo padrão de aplicabilidade desenvolvido por Kátia Rocha (2020).

Outras informações do “Avalia CAPS” referentes às informações sociodemográficas como sexo, raça/cor, idade, estado civil, religião, profissão e ocupação, nível de escolaridade, regime de horas, tempo no serviço e tipo de contrato, foram coletadas na pesquisa.

4.4 Coleta de dados

O questionário Avalia CAPS destinado aos profissionais foi administrado de forma online através do *Google Forms*. O *Google Forms*, é um aplicativo que possibilita a criação de formulários, é um serviço gratuito, que permite ao pesquisador uma economia de recursos financeiros e ambientais, tendo em vista que se torna dispensável o uso de vias impressas, podendo ser enviada de forma online para qualquer lugar que tenha um respondente. A plataforma armazena as respostas dos formulários de maneira segura e online, sendo didática e versátil no que diz respeito a análise de resultados, pois há uma organização desses dados em

forma de gráficos e planilhas, proporcionando um resultado quantitativo de forma mais prática e organizada (Andres et al.,2020).

O início da pesquisa se deu após pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do Município de João Pessoa. O contato inicial dos profissionais de saúde com a pesquisa se deu através da apresentação da pesquisa nos momentos de reunião de equipe nos serviços. O *link* de acesso ao questionário foi distribuído aos profissionais através de contato direto durante as visitas aos serviços, via e-mail ou pelas redes sociais. Adicionalmente, foram realizadas visitas para reforço de divulgação da pesquisa junto aos trabalhadores, bem como administração dos questionários aos trabalhadores do apoio (profissionais de nível fundamental e médio), que não possuem domínio de ferramentas disponíveis em Smartphones. Nestes casos, os auxiliares de pesquisa, 10 estudantes residentes e de graduação vinculados à UFPB, foram treinados e ficaram à disposição para dirimir dúvidas e auxiliar os respondentes. A pesquisa foi realizada durante o primeiro semestre do ano de 2023.

Na página inicial do link de acesso constava o TCLE que deveria ser lido e marcado com a opção "Aceito" para dar continuidade à pesquisa.

4.5 Tratamento e análise de dados

O banco de dados foi inicialmente baixado no formato de planilha eletrônica do Googleforms e posteriormente exportado para o Stata versão 14.0, sendo excluídas eventuais respostas duplicadas.

Os dados quantitativos provenientes dos questionários foram avaliados por análise estatística inferencial, estatística descritiva, com a apresentação de médias e desvios-padrão para as variáveis numéricas, e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas.

4.6 Aspectos éticos

Após a anuência escrita das instituições (APÊNDICE A), e de acordo com a resolução CNS 510/2016, o projeto de pesquisa que gerou o presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa do CCS/ UFPB no dia 30/05/2022, foi aprovado com CAAE de

nº 58489422.3.0000.5188, número do parecer 5.480.496. Os participantes só foram incluídos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra composta por 142 profissionais dos CAPSs do Município de João Pessoa, nossa amostra inicial contava com 196 participantes, porém não aceitaram fazer parte da pesquisa, outros estavam ausentes do ambiente de trabalho

por motivos de licença e/ou férias, as coordenações dos serviços não disponibilizou os dados quantitativos referentes aos profissionais em período de afastamento por licença ou férias. Os dados sociodemográficos da amostra estudada podem ser observados na Tabela 1. A amostra é composta predominantemente pelo sexo feminino (74,6%). As idades variaram de 22 a 68 anos, cuja média e mediana foram de 41,68 e 40 anos, respectivamente, com desvio padrão (DP) de 10,443. Na variável raça/cor, 40,1% se declararam pardos, 38,7% brancos, 19,0% pretos e 1,4% amarelos, 0,7% indígenas. Em relação ao estado civil, a maioria afirmou ser solteiro(a) 47,2. No que se refere ao nível de escolaridade obtido, 65,5% possuem ensino superior completo, 28,2% ensino médio completo e 2,8% ensino fundamental incompleto. Sobre as variáveis de envolvimento religioso, os resultados indicam uma amostra majoritariamente católica, 54,2%.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS de João Pessoa, 2023

Variável	Média	Mediana	±	Amplitude
Idade (anos)	41,68	40	10,443	22-68
Gênero	n		%	
Mulher CIS	106		74,6	
Homem CIS	34		23,9	
Homem TRANS	1		0,7	
Não-binário	1		0,7	
Raça/Cor	n		%	
Pardo(a)	57		40,1	
Branco(a)	55		38,7	
Preto(a)	27		19,0	
Amarelo(a)	2		1,4	
Indígena	1		0,7	
Estado civil	n		%	
Casado(a) ou União estável	67		47,2	
Solteiro(a)	50		35,2	

Separado(a)/Divorciado(a)	22	15,5
Viúvo(a)	3	2,1
Escolaridade	n	%
Ensino fundamental incompleto	4	2,8
Ensino fundamental completo	5	3,5
Ensino médio incompleto	3	2,1
Ensino médio completo	28	28,2
Ensino superior incompleto	10	7,0
Ensino superior completo	34	23,9
Especialização	40	28,2
Pós-graduação nível residência	9	6,3
Pós-graduação nível mestrado	9	6,3
Nível de escolaridade	n	%
Ensino superior	93	65,5
Ensino médio/fundamental	49	34,5
Religião	n	%
Católico	77	54,2
Protestante ou Evangélica	26	18,3
Nenhuma (Ateu/Agnóstico)	20	14,1
Cristão	10	7,0
Espírita	7	4,9
Candomblé e Jurema sagrada	1	0,7
Matriz africana	1	0,7
Nível de religiosidade	n	%
Nada religiosa	14	9,9
Pouco religiosa	39	27,5

Medianamente religiosa	56	39,4
Muito religiosa	28	19,7
Totalmente religiosa	5	3,5
Total	142	100,0

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a atuação dos profissionais dos CAPS. Dentre os profissionais da amostra, 55% trabalham em CAPS AD. As jornadas de trabalho variaram de 10 a 60 horas semanais, cuja média e mediana foram de 32,24 e 36 horas, respectivamente, com desvio padrão (DP) de 9,805. Quanto ao tipo de contrato de trabalho 73,9% possuem vínculo trabalhista na forma de Contrato por excepcional interesse público, 18,3% possuem vínculo trabalhista através de concurso público, 3,5% são profissionais bolsistas que possuem vínculo com o serviço através de cursos de residência multiprofissional ou uniprofissional, 1,4% dos profissionais dos serviços trabalham em regime celetista, tendo o contrato trabalhista regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Em relação às jornadas de trabalho os profissionais podem ser diaristas, que cumprem até 40 horas semanais, trabalhando de segunda a sexta, em horários entre 07:00 e 19:00 horas; ou plantonistas, que trabalham em qualquer dia da semana, incluindo sábados, domingos, feriados e pontos facultativos. Nos serviços objetos da pesquisa, a maioria dos entrevistados exercem a modalidade de plantão (77,5%).

Entre os profissionais entrevistados, a maioria contava com experiência profissional dentro do CAPS, apenas 10,6% dos profissionais contavam com menos de 6 meses de tempo de serviço, enquanto mais de 60% dos profissionais estavam atuando nos serviços a mais de 2 anos.

Tabela 2 – Dados sobre atuação profissional nos CAPS de João Pessoa, 2023

Nº de profissionais por CAPS	n	%
CAPS III – Gutemberg Botelho	26	18,3
CAPS III – Caminhar	38	26,8
CAPS AD III – David Capistrano	38	26,8
CAPS AD III – Jovem Cidadão	40	28,2

Variável	Média	Mediana	±	Amplitude
Regime de trabalho (horas)	32,24	36	9,805	10-60
Tempo de trabalho	n		%	
0 a 6 meses	15		10,6	
6 meses a 1 ano	7		4,9	
1 a 2 anos	25		17,6	
2 a 4 anos	31		21,8	
4 a 6 anos	13		9,2	
6 a 8 anos	9		6,3	
8 a 10 anos	20		14,1	
Mais de 10 anos	22		15,5	
Atuação profissional	n		%	
Psicólogo(a)	25		17,6	
Enfermeiro(a)	22		15,5	
Técnico de enfermagem	19		13,4	
Apoio administrativo	14		9,9	
Assistente social	10		7,0	
Cozinheiro(a)	9		6,3	
Psiquiatra/Neurologista/Saúde mental	8		5,6	
Farmacêutico	7		4,9	
Auxiliar de serviços gerais	5		3,5	
Arte educador(a) e redutor de danos	5		3,5	
Nutricionista	4		2,8	
Vigilância	3		2,1	
Terapeuta ocupacional	3		2,1	

Recepcionista	2	1,4
Diretor(a)	2	1,4
Educador(a) social	1	0,7
Oficineiro de música	1	0,7
Cuidadora	1	0,7
Outra	1	0,7
Modalidade de jornada de trabalho	n	%
Plantonista	110	77,5
Diarista	32	22,5
Vínculo trabalhista	n	%
Contratado	105	73,9
Concursado	26	18,3
Bolsista (residente)	5	3,5
Codificado	4	2,8
Celetista	2	1,4
Total	142	100,0

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

Para fins de análise, e simplificação do entendimento dos resultados, as alternativas da escala de Likert foram agrupadas em pólos positivos (Com certeza sim e Provavelmente sim) e negativos (Com certeza não, Provavelmente não e Não sei/não lembro).

Tabela 3 apresenta os resultados obtidos nas questões que integram a Dimensão integralidade e intersetorialidade do instrumento, essa dimensão está subdividida em quatro fatores. O Fator 5 (Integralidade: integração comunitária), conta com as questões Q9, Q10, Q20, Q21, Q32, Q34, que abordam se as equipes do CAPS conhecem as condições de vida do usuário, as especificidades da comunidade e território que este usuário está inserido e se existe uma integração dos usuários com a comunidade a partir das atividades desenvolvidas nos CAPS, os resultados mostram que em todas as questões obteve-se, majoritariamente, respostas positivas. A questão Q34, que aborda sobre a progressão de atividades realizadas fora do CAPS,

se destaca como a questão com menos porcentagem de respostas positivas (79,6%). O Fator 6 (Participação da família no tratamento), conta com as questões Q7, Q8, Q27, Q33, que abordam questões sobre a participação da família nas tomadas de decisões no plano de tratamento e nas atividades realizadas, sobre a informatização dos familiares sobre questões de saúde mental e se há melhora de relacionamento entre usuário e familiares no decorrer do tratamento. Todas as questões obtiveram resultados positivos, a questão Q8 se destaca como a única que obteve porcentagem inferior à 90%, ficando com 76,7%, essa questão aborda se existe a disponibilidade de atividades para familiares/acompanhantes nos CAPS. O Fator 7 (Coordenação com Atenção Primária e outros serviços da rede de saúde e Intersetorialidade), conta com as questões Q11, Q12, Q13, Q22, que aborda como as equipes do CAPS se relacionam com os serviços de atenção primária e de assistência social, com outros profissionais da rede, e se os usuários sabem qual serviço procurar quando o CAPS não estiver aberto. A Q11 obteve o menor percentual de respostas positivas dentro desse fator, 82,4%, essa questão aborda se há contato com a atenção básica para a construção do plano de tratamento do usuário. O Fator 8 (Equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise), conta com os itens Q28, Q29, Q30, Q38, essas questões abordam se o trabalho no CAPS é integrado nas diferentes áreas do conhecimento, se existe atividades de ensino e aprendizagem, se as equipes consegue manejar situações de crise e se indicariam o CAPS. Dentre essas questões, a Q29, que aborda se são desenvolvidas atividades de ensino e aprendizagem que objetivem a produção de conhecimentos no cotidiano, obteve o menor percentual de respostas positivas (85,3%).

Tabela 3 - Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade pela percepção dos profissionais dos CAPS de João Pessoa, 2023

Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade.		
Fator 5: Integralidade: integração comunitária. Itens: Q9, Q10, Q20, Q21, Q32, Q34		
	POSITIVO	NEGATIVO
Q9 A equipe do CAPS busca conhecer a história e as condições de vida dos usuários para construir o plano de tratamento desses?	97,9%	2,1%
Q10 A equipe do CAPS busca conhecer as especificidades da comunidade e do território para construir o plano de tratamento dos usuários?	83,8%	16,2%
Q20 As atividades oferecidas pelo CAPS auxiliam os usuários a conhecer e frequentar outros lugares na cidade?	91,5%	8,5%
Q21 Com tratamento no CAPS, os usuários conseguem se inserir em outras atividades na sua comunidade? (por exemplo: grupos, associações e festas)	85,2%	14,8%
Q32 No CAPS, as atividades coletivas oferecidas são importantes para o tratamento? (grupos, oficinas e passeios)	100%	0%
Q34 Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem progressivamente diminuir as atividades realizadas dentro do CAPS e aumentar as atividades realizadas fora do CAPS?	79,6%	20,4%
Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade.		

Fator 6: Participação da família no tratamento. Itens: Q7, Q8, Q2 , Q33		
	POSITIVO	NEGATIVO
Q7 A equipe do CAPS solicita que os familiares e/ou acompanhantes participem em conjunto com os usuários das decisões do tratamento?	92,3%	7,7%
Q8 No CAPS são oferecidas atividades para os familiares e/ou acompanhantes?	76,7%	23,3%
Q27 Com o tratamento no CAPS, as famílias têm mais informações sobre o problema de saúde mental do usuário?	99,3%	0,7%
Q33 Com o tratamento no CAPS, os usuários melhoram o relacionamento com sua família?	95,7%	4,3%

Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade.

Fator 7: Coordenação com Atenção Primária e outros serviços da rede de saúde e Intersetorialidade. Itens: Q11, Q12, Q13, Q22

	POSITIVO	NEGATIVO
Q11 O CAPS entrou em contato com as equipes de atenção primária para a construção de um plano de tratamento para os usuários?	82,4%	17,6%
Q12 O CAPS acessa os serviços de assistência social para construir o plano de tratamento (como CRAS - Centro de Referência de Assistência Social e CREAS - Centro Especializado de Assistência Social, Abrigo, entre outros), quando necessário?	92,9%	7,1%
Q13 A equipe do CAPS busca outros profissionais/serviços da rede para auxiliar no plano de tratamento dos usuários?	96,5%	3,5%
Q22 Com o tratamento no CAPS, os usuários sabem qual serviço devem buscar quando precisam de auxílio/ajuda e o CAPS não está aberto?	94,4%	5,6%

Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade.

Fator 8: Equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise. Itens: Q28, Q29, Q30, Q38

	POSITIVO	NEGATIVO
Q28 O trabalho no CAPS é desenvolvido de forma integrada e compartilhada entre as diferentes áreas do conhecimento?	92,3%	7,7%
Q29 No CAPS, são desenvolvidas atividades de ensino e aprendizagem que objetivem a produção de conhecimentos no cotidiano?	85,3%	14,7%
Q30 A equipe do CAPS consegue manejar situações de crise dos usuários no serviço?	93,7%	6,3%
Q38 Você indicaria o CAPS para uma pessoa que precisasse de um serviço de saúde mental?	97,2%	2,8%

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos nas questões que integram a Dimensão Autonomia e Protagonismo do instrumento, essa dimensão está subdividida em três fatores. No Fator 2 (Tratamento centrado no usuário e suas necessidades), conta com questões Q1, Q3, 14, Q24, que abordam sobre o atendimento dos usuários, se esses são atendidos de acordo com as suas necessidades, se usuários conhecem sobre sua situação sua situação de saúde mental, se existe profissional sempre disponível e se as opiniões dos usuários são respeitadas. A Q1 se destaca como a questão com menos respostas positivas, 88,1%, essa questão aborda se os usuários são atendidos de acordo com as suas necessidades. O Fator 3 (Informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento), conta com as questões Q2, Q4,

Q5, Q6, Q25, Q26, Q31, que abordam sobre a informatização e participação do usuário junto com a equipe sobre seu plano de tratamento, sobre atividades e medicamentos, assim como a existência de espaços que permitam discussões e reclamações sobre os serviços. A Q4, que questiona os profissionais sobre a participação do usuário na decisão sobre o seu tratamento medicamentoso, obteve a menor porcentagem de respostas positivas (63,4%). O Fator 4 (Capacidade de desenvolver atividades diárias), conta com as questões Q15, Q16, Q18, Q19, que aborda sobre a autonomia do usuário para cuidar da sua higiene, do seu corpo e da sua saúde, sobre a existência de oficinas e atividades que ajudem na rotina, nos fazeres diários, organização financeira e na geração de renda. A Q18, que questiona os profissionais se os usuários possuem atividades que auxiliem na organização financeira, obteve a menor porcentagem de respostas positivas, apenas 49,9%.

Tabela 4 - Dimensão: Autonomia e Protagonismo pela percepção dos profissionais dos CAPS de João Pessoa, 2023

Dimensão: Autonomia e Protagonismo		
Fator 2: Tratamento centrado no usuário e suas necessidades. Itens: Q1, Q3, 14, Q24		
	POSITIVO	NEGATIVO
Q1 No CAPS, os usuários são atendidos de acordo com as suas necessidades?	88,1%	11,9%
Q3 Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre a sua situação de saúde mental?	95,1%	4,9%
Q14 O CAPS possui um profissional disponível quando os usuários necessitam, dentro do horário de atendimento do serviço?	93,7%	6,3%
Q24 No CAPS, as opiniões e ideias dos usuários são respeitadas?	95,1%	4,9%
Dimensão: Autonomia e Protagonismo		
Fator 3: Informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento.		
Itens: Q2, Q4, Q5, Q6, Q25, Q26, Q31		
	POSITIVO	NEGATIVO
Q2 No CAPS, os usuários recebem informações suficientes sobre o seu problema de saúde mental?	93,7%	6,3%
Q4 No CAPS, os usuários participam conjuntamente com a equipe das decisões sobre o tratamento medicamentoso (como, por exemplo: escolha da medicação, para que serve, efeitos colaterais)?	63,4%	36,6%
Q5 Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre os medicamentos que utilizam (objetivos, efeitos e dosagens)?	86,6%	13,4%
Q6 No CAPS, os usuários decidem conjuntamente com a equipe sobre as atividades que irão participar?	95,7%	4,3%
Q25 No CAPS, os usuários têm espaços para reclamar do tratamento e das atividades realizadas?	93,7%	6,3%
Q26 No CAPS, existem espaços para os usuários decidirem sobre o funcionamento do serviço? (por exemplo, assembleias e reuniões)	89,5%	10,5%
Q31 O CAPS possibilita atividades de discussão que objetivem enfrentar as questões de preconceito e discriminação?	95,1%	4,9%

Dimensão: Autonomia e Protagonismo

Fator 4: Capacidade de desenvolver atividades diárias. Itens: Q15, Q16, Q18, Q19

	POSITIVO	NEGATIVO
Q15 No CAPS, são ofertadas oficinas para auxiliar os usuários a cuidarem da sua higiene, do seu corpo e da sua saúde?	87,4%	12,6%
Q16 No CAPS, os usuários têm acesso a oficinas e profissionais que ajudam com a sua rotina e afazeres diários?	87,3%	12,7%
Q18 No CAPS, os usuários têm atividades que auxiliam na organização financeira?	49,9%	50,1%
Q19 Com o tratamento no CAPS, os usuários têm a possibilidade de realizar atividades que gerem renda? (por exemplo: trabalho, oficina de geração de renda, cooperativa)	76%	24%

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos nas questões que integram a Dimensão Resultados do instrumento, essa dimensão conta com apenas um fator, o Fator 1 (Resultados). Esse fator conta com as questões Q17, Q23, Q35, Q36, Q37, essas questões abordam se com o tratamento no CAPS os usuários conseguem realizar melhor suas atividades diárias, se conseguem ter um melhor manejo nos momentos de crise, se conseguem reduzir o uso de medicações, crises e internações psiquiátricas. A Q35, que questiona os profissionais sobre a redução das medicações psiquiátricas no decorrer do tratamento dos usuários, obteve o menor percentual de respostas positivas, 72,6%.

Tabela 5 - Dimensão: Resultados pela percepção dos profissionais dos CAPS de João Pessoa, 2023

Dimensão: Resultados.		
Fator 1: Resultados. Itens: Q17, Q23, Q35, Q36, Q37		
	POSITIVO	NEGATIVO
Q17 Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem realizar melhor suas atividades diárias?	95,1%	4,9%
Q23 Com o tratamento no CAPS, usuários e familiares têm melhor manejo nos momentos de crise?	93%	7%
Q35 Com o tratamento no CAPS, os usuários reduzem o uso de medicações psiquiátricas?	72,6%	27,4%
Q36 Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos crises psiquiátricas?	96,5%	3,5%
Q37 Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos internações de saúde mental?	97,9%	2,1%

A Tabela 6 apresenta a análise estatística inferencial, a partir da verificação de diferença estatisticamente significativa entre as respostas do questionário. Inicialmente verificou-se que os dados são não-normais pelo teste Kolmogorov-Smirnov, e a partir de então foram aplicados os testes Mann-Whitney (2 grupos) e Kruskal-Wallis (mais de 2 grupos) para verificar

diferenças entre as variáveis: Unidades do CAPS; Vínculo empregatício; Nível de escolaridade; e Tempo de serviço. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Tabela 6 – Valor de p dos testes de diferença de hipótese entre grupos

Questão	Unidade do CAPS^a	Vínculo empregatício^a	Nível de escolaridade^b	Tempo de serviço^a
Pergunta 1	0,004*	0,006*	0,074	0,838
Pergunta 2	0,100	0,002*	0,006*	0,409
Pergunta 3	0,670	0,000*	0,337	0,409
Pergunta 4	0,538	0,106	0,132	0,930
Pergunta 5	0,454	0,045*	0,011*	0,130
Pergunta 6	0,574	0,338	0,220	0,176
Pergunta 7	0,315	0,080	0,082	0,049*
Pergunta 8	0,000*	0,066	0,971	0,127
Pergunta 9	0,209	0,011*	0,468	0,339
Pergunta 10	0,194	0,050*	0,893	0,944
Pergunta 11	0,302	0,097	0,419	0,040*
Pergunta 12	0,136	0,496	0,884	0,084
Pergunta 13	0,019*	0,187	0,243	0,059
Pergunta 14	0,008*	0,303	0,482	0,029*
Pergunta 15	0,012*	0,001*	0,054	0,063
Pergunta 16	0,283	0,019*	0,025*	0,107
Pergunta 17	0,851	0,012*	0,175	0,849
Pergunta 18	0,001*	0,300	0,032*	0,206
Pergunta 19	0,000*	0,088	0,183	0,108
Pergunta 20	0,000*	0,317	0,640	0,966
Pergunta 21	0,655	0,063	0,028*	0,103

Pergunta 22	0,635	0,247	0,017*	0,510
Pergunta 23	0,726	0,645	0,353	0,454
Pergunta 24	0,005*	0,458	0,010*	0,304
Pergunta 25	0,117	0,052	0,056	0,518
Pergunta 26	0,003*	0,469	0,023*	0,001*
Pergunta 27	0,705	0,009*	0,119	0,063
Pergunta 28	0,022*	0,091	0,794	0,754
Pergunta 29	0,757	0,982	0,249	0,138
Pergunta 30	0,894	0,019*	0,216	0,010*
Pergunta 31	0,068	0,002*	0,137	0,106
Pergunta 32	0,205	0,016*	0,035*	0,072
Pergunta 33	0,447	0,004*	0,000*	0,512
Pergunta 34	0,291	0,007*	0,170	0,047*
Pergunta 35	0,993	0,044*	0,001*	0,246
Pergunta 36	0,419	0,179	0,226	0,267
Pergunta 37	0,580	0,081	0,841	0,243
Pergunta 38	0,408	0,327	0,103	0,578

a: Teste Kruskal-Wallis / **b:** Teste Mann-Whitney / *: Diferença estatisticamente significativa

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

A Tabela 7 apresenta quais questões, dentro da dimensão: Integralidade e Intersetorialidade, obtiveram diferenças estatisticamente significante em relação às variáveis: Unidades do CAPS; Vínculo empregatício; Nível de escolaridade; e Tempo de serviço. A partir dos Testes Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, utilizados para correlacionar as variáveis com as respostas das questões, obtivemos os valores de p para cada variável correlacionada. A variável que apresentou mais diferenças estatisticamente significantes na Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade, foi a variável: Vínculo empregatício ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade

Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade.				
Fator 5: Integralidade: integração comunitária. Itens: Q9, Q10, Q20, Q21, Q32, Q34				
Questão	Unidade do CAPS^a	Vínculo empregatício^a	Nível de escolaridade^b	Tempo de serviço^a
Pergunta 9	0,209	0,011*	0,468	0,339
Pergunta 10	0,194	0,050*	0,893	0,944
Pergunta 20	0,000*	0,317	0,640	0,966
Pergunta 21	0,655	0,063	0,028*	0,103
Pergunta 32	0,205	0,016*	0,035*	0,072
Pergunta 34	0,291	0,007*	0,170	0,047*
Fator 6: Participação da família no tratamento. Itens: Q7, Q8, Q27, Q33				
Questão	Unidade do CAPS^a	Vínculo empregatício^a	Nível de escolaridade^b	Tempo de serviço^a
Pergunta 7	0,315	0,080	0,082	0,049*
Pergunta 8	0,000*	0,066	0,971	0,127
Pergunta 27	0,705	0,009*	0,119	0,063
Pergunta 33	0,447	0,004*	0,000*	0,512
Fator 7: Coordenação com Atenção Primária e outros serviços da rede de saúde e Intersetorialidade. Itens: Q11, Q12, Q13, Q22				
Questão	Unidade do CAPS^a	Vínculo empregatício^a	Nível de escolaridade^b	Tempo de serviço^a
Pergunta 11	0,302	0,097	0,419	0,040*
Pergunta 13	0,019*	0,187	0,243	0,059
Pergunta 22	0,635	0,247	0,017*	0,510
Fator 8: Equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise. Itens: Q28, Q29, Q30, Q38				
Questão	Unidade do CAPS^a	Vínculo empregatício^a	Nível de escolaridade^b	Tempo de serviço^a
Pergunta 28	0,022*	0,091	0,794	0,754
Pergunta 30	0,894	0,019*	0,216	0,010*

a: Teste Kruskal-Wallis / **b:** Teste Mann-Whitney / *****: Diferença estatisticamente significativa

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

A Tabela 8 apresenta quais questões, dentro da dimensão: Autonomia e Protagonismo obtiveram diferenças estatisticamente significantes em relação às variáveis: Unidades do CAPS; Vínculo empregatício; Nível de escolaridade; e Tempo de serviço. As variáveis: Unidade do CAPS e Vínculo empregatício se apresentaram como as variáveis com mais as diferenças estatisticamente significantes na Dimensão: Autonomia e Protagonismo ($p < 0,05$).

Tabela 8 – Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Autonomia e Protagonismo

Dimensão: Autonomia e Protagonismo				
Fator 2: Tratamento centrado no usuário e suas necessidades. Itens: Q1, Q3, 14, Q24				

Questão	Unidade do CAPS ^a	Vínculo empregatício ^a	Nível de escolaridade ^b	Tempo de serviço ^a
Pergunta 1	0,004*	0,006*	0,074	0,838
Pergunta 3	0,670	0,000*	0,337	0,409
Pergunta 14	0,008*	0,303	0,482	0,029*
Pergunta 24	0,005*	0,458	0,010*	0,304

Fator 3: Informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento.

Itens: Q2, Q4, Q5, Q6, Q25, Q26, Q31

Questão	Unidade do CAPS ^a	Vínculo empregatício ^a	Nível de escolaridade ^b	Tempo de serviço ^a
Pergunta 2	0,100	0,002*	0,006*	0,409
Pergunta 5	0,454	0,045*	0,011*	0,130
Pergunta 26	0,003*	0,469	0,023*	0,001*
Pergunta 31	0,068	0,002*	0,137	0,106

Fator 4: Capacidade de desenvolver atividades diárias. Itens: Q15, Q16, Q18, Q19

Questão	Unidade do CAPS ^a	Vínculo empregatício ^a	Nível de escolaridade ^b	Tempo de serviço ^a
Pergunta 15	0,012*	0,001*	0,054	0,063
Pergunta 16	0,283	0,019*	0,025*	0,107
Pergunta 18	0,001*	0,300	0,032*	0,206
Pergunta 19	0,000*	0,088	0,183	0,108

a: Teste Kruskal-Wallis / **b:** Teste Mann-Whitney / *****: Diferença estatisticamente significativa

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

A Tabela 9 apresenta quais questões, dentro da dimensão: Resultados, obtiveram diferenças estatisticamente significante em relação às variáveis: Unidades do CAPS; Vínculo empregatício; Nível de escolaridade; e Tempo de serviço. Dentro dessa dimensão, a variável: Vínculo empregatício se apresentou como a com maiores diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 9 – Questões com diferenças estatisticamente significante na Dimensão: Resultados.

Dimensão: Resultados.				
Fator 1: Resultados. Itens: Q17, Q23, Q35, Q36, Q37				
Questão	Unidade do CAPS ^a	Vínculo empregatício ^a	Nível de escolaridade ^b	Tempo de serviço ^a
Pergunta 17	0,851	0,012*	0,175	0,849
Pergunta 35	0,993	0,044*	0,001*	0,246

a: Teste Kruskal-Wallis / **b:** Teste Mann-Whitney / *****: Diferença estatisticamente significativa

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

Considerando os resultados das diferenças estatisticamente significantes obtidos através do Teste Kruskal-Wallis e Teste Mann-Whitney, e analisando criticamente os dados, observando-se quais variáveis que se apresentam com maiores níveis de significância dentro de cada Dimensão do instrumento de pesquisa, a Tabela 10 mostra a distribuição das respostas dessas questões entre a variável: Unidades de CAPS, variável esta com maior nível de significância dentro da dimensão: Autonomia e Protagonismo. Verifica-se que há uma diferença estatística entre as respostas dos profissionais alocados em Unidades de CAPS III e Unidades de CAPS AD III, considerando que, dentro da dimensão como um todo, existiu uma maior porcentagem de respostas positivas nos CAPS AD III.

Tabela 10 – Distribuição das respostas entre as unidades dos CAPS – Dimensão: Autonomia e Protagonismo

Q 1 No CAPS, os usuários são atendidos de acordo com as suas necessidades?	CAPS III	CAPS AD
Negativo	10,94%	12,82%
Positivo	89,06%	87,18%
Q 14 O CAPS possui um profissional disponível quando os usuários necessitam, dentro do horário de atendimento do serviço?	CAPS III	CAPS AD
Negativo	6,25%	6,41%
Positivo	93,75%	93,59%
Q 15 No CAPS, são ofertadas oficinas para auxiliar os usuários a cuidarem da sua higiene, do seu corpo e da sua saúde?	CAPS III	CAPS AD
Negativo	14,06%	11,54%
Positivo	85,94%	88,46%
Q 18 No CAPS, os usuários têm atividades que auxiliam na organização financeira?	CAPS III	CAPS AD
Negativo	60,94%	41,02%
Positivo	39,06%	58,98%

Q 19 Com o tratamento no CAPS, os usuários têm a possibilidade de realizar atividades que gerem renda? (por exemplo: trabalho, oficina de geração de renda, cooperativa)	CAPS III	CAPS AD
Negativo	20,31%	26,92%
Positivo	79,69%	73,08%
Q 24 No CAPS, as opiniões e ideias dos usuários são respeitadas?	CAPS III	CAPS AD
Negativo	6,25%	3,85%
Positivo	93,75%	96,15%
Q 26 No CAPS, existem espaços para os usuários decidirem sobre o funcionamento do serviço? (por exemplo, assembleias e reuniões)	CAPS III	CAPS AD
Negativo	12,5%	8,97%
Positivo	87,5%	91,03%

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

Analisando os dados estatísticos da dimensão: Integralidade e Intersetorialidade do instrumento, verifica-se que a variável que se apresenta com os maiores níveis de significância é a de “vínculos empregatícios”. A Tabela 11 mostra a distribuição das respostas das questões que integram essa dimensão com a variável mencionada. Observa-se que dentro da dimensão como um todo, a maior porcentagem de respostas positivas foram no grupo de profissionais com vínculo empregatício de Contrato por excepcional interesse público, em relação aos vínculos dos profissionais efetivos e bolsistas.

Tabela 11 – Distribuição das respostas entre vínculos empregatícios – Dimensão: Integralidade e Intersetorialidade

Q 9 A equipe do CAPS busca conhecer a história e as condições de vida dos usuários para construir o plano de tratamento desses?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	0%	2,70%	0%
Positivo	100%	97,3%	100%

Q 10 A equipe do CAPS busca conhecer as especificidades da comunidade e do território para construir o plano de tratamento dos usuários?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	19,23%	15,32%	20%
Positivo	80,77%	84,68%	80%
Q 27 Com o tratamento no CAPS, as famílias têm mais informações sobre o problema de saúde mental do usuário?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	3,85%	0%	0%
Positivo	96,15%	100%	100%
Q 30 A equipe do CAPS consegue manejar situações de crise dos usuários no serviço?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	11,54%	3,60%	20%
Positivo	88,46%	96,4%	80%
Q 32 No CAPS, as atividades coletivas oferecidas são importantes para o tratamento? (grupos, oficinas e passeios)	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	0%	0,90%	0%
Positivo	100%	99,10%	100%
Q 33 Com o tratamento no CAPS, as famílias têm mais informações sobre o problema de saúde mental do usuário?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	3,85%	4,50%	0%
Positivo	96,15%	95,50%	100%
Q 34 Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem progressivamente diminuir as atividades realizadas dentro do CAPS e aumentar as atividades realizadas fora do CAPS?	Concursado	Contratado/ Celetista/Codificado	Residente
Negativo	34,61%	16,22%	40%
Positivo	65,39%	83,78%	60%

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

A Tabela 12 mostra a distribuição das respostas das questões da dimensão Resultados em relação a variável “vínculos empregatícios”, que se apresentou como a variável com maiores níveis de significância dentro dessa dimensão. Observa-se que dentro da dimensão como um todo, a maior porcentagem de respostas positivas foram encontradas entre os profissionais com vínculo empregatício de Contrato por excepcional interesse público.

Tabela 12 – Distribuição das respostas entre vínculos empregatícios – Dimensão: Resultados

Q 17 Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem realizar melhor suas atividades diárias?	Concursado	Contratado/ Celetista/Co dificado	Residente
Negativo	11,54%	3,60%	0
Positivo	88,46%	96,40%	100%
Q 35 Com o tratamento no CAPS, os usuários reduzem o uso de medicações psiquiátricas?	Concursado	Contratado/ Celetista/Co dificado	Residente
Negativo	30,77%	22,52%	60%
Positivo	69,23%	77,48%	20%

Fonte: Dados do próprio estudo (2023)

6 DISCUSSÃO

O instrumento Avalia-CAPS tem como objetivo avaliar, a partir da percepção dos profissionais, como alguns dos principais atributos da atenção psicossocial se configuram em práticas no cotidiano dentro das dimensões: Integralidade e Intersetorialidade; Autonomia e Protagonismo; e Resultados. As três dimensões analisadas são capazes de evidenciar os avanços existentes no campo da saúde mental no que se refere à integralidade do cuidado e o processo de desinstitucionalização, como também, identificar limitações que comprometam o pleno trabalho dentro dos CAPS.

Os CAPS seguem os mesmos princípios que regem o SUS, buscam garantir aos seus usuários atenção integral, resolutividade, autonomia, acolhimento e atendimento interdisciplinar. A equipe interdisciplinar atua em busca do favorecimento da integralidade do cuidado, através de práticas oferecidas de acordo com as necessidades encontradas, não se limitando apenas as queixas apresentadas por usuários e familiares. Essas práticas permeiam como forma de tratamento e prevenção, que são realizadas de forma intersetoriais a fim de inserir o usuário no processo de reconstrução dos seus direitos e vida cotidiana, entretanto, a busca pela inclusão social ainda se configura como um dos maiores desafios dos gestores, profissionais de saúde e sociedade civil (Azevedo, 2012).

Dentro da dimensão: Integralidade e Intersetorialidade, os resultados da pesquisa mostram que todas as questões sobre a produção de integralidade e intersetorialidade obtiveram maior porcentagem de respostas positivas dentro da escala Likert, observando-se que o trabalho nos CAPSs são orientados pelo modelo da atenção da integralidade do cuidado, no qual esses profissionais priorizam o desenvolvimento do cuidado integral; assistência multiprofissionais; reinserção social, com atividades desenvolvidas no território; promoção da cidadania; estabelecimento de ações intersetoriais, seguindo o princípio da equidade, dos direitos humanos e da autonomia, combatendo estigmas e preconceitos, promovendo o exercício da cidadania e liberdade. Entre as questões abordadas, a que mostrou resultado menos positivo indaga se os usuários conseguem progressivamente diminuir as atividades realizadas dentro do CAPS e aumentar as atividades realizadas fora do CAPS, o que pode ser visto como um aspecto que precisa ser aprimorado dentro do serviço, podendo ser ampliado por meio da promoção de ações intersetoriais que visem à inserção social desses usuários na comunidade. Esses achados corroboram com o estudo de Sampaio (2021), no qual se observou que as ações e atividades

intersectoriais desenvolvidas na RAPS não se restringiam apenas aos serviços assistenciais, indicando que as iniciativas de trabalho caminham em direção à integralidade. O estudo também evidencia que a articulação intersectorial é uma importante estratégia para responder à singularidade e à complexidade da demanda encontrada nos serviços de saúde mental, porém, essas articulações variaram a partir do perfil dos profissionais envolvidos e foram consideradas como limitadas e insuficientes.

A produção de autonomia é outro eixo avaliado dentro do instrumento Avalia-CAPS, integrando a dimensão: Autonomia e Protagonismo. A produção de autonomia está relacionada à ideia de independência, autossuficiência e autogoverno; em um conceito mais simples, torna o usuário apto à realização de atividades da vida diária de maneira independente. A autonomia potencializa a inserção do usuário como protagonista do seu tratamento, esse protagonismo consiste no desenvolvimento de análises críticas e reflexivas capazes de interferir no plano de tratamento e nas práticas de cuidado dos serviços que estão inseridos.

Os resultados obtidos na pesquisa mostram que a maior parte das questões sobre a produção de autonomia e protagonismo obtiveram uma maior porcentagem de respostas positivas na escala Likert, porém, algumas questões chamam atenção por uma porcentagem relevante de respostas negativas. Quando questionados sobre o protagonismo do usuário dentro do tratamento medicamentoso, 36,6% dos profissionais responderam negativamente, o que pode apontar que uma boa parte dos usuários não possuem informações a respeito dos medicamentos que fazem uso, como efeitos colaterais, indicações de uso, etc.; quando questionados sobre a existência de atividades que auxiliam na organização financeira dos usuários, a maioria dos profissionais responderam negativamente (50,1%), ainda nesse contexto financeiro, outra questão que abordava sobre a existência de atividades que fossem capazes de gerar renda aos usuários também obteve uma porcentagem negativa relativamente maior que o restante das questões integrantes da dimensão Autonomia e Protagonismo, 23,9%. Kammer (2020) afirma em seu estudo que o conceito de autonomia está atrelado ao gerenciamento da vida, à independência e autossuficiência, sendo um conceito dinâmico, pois está em constante movimento de construção a partir das relações entre sujeitos, espaços e instituições. Ainda, evidencia que a autonomia é inerente ao cuidado desenvolvido nos CAPS, pois esses são estruturados como espaços abertos capazes de promover a criação de vínculos, a integração e a capacidade de expressão, através da construção coletiva do PTS, das oficinas terapêuticas e das atividades externas. A constituição de um vínculo entre serviço, equipe e usuário é essencial para a efetivação dessas práticas, entretanto, existem aspectos que podem

ser vistos como obstáculos para a construção da autonomia, que são: burocratização dos serviços e rede, e fragmentação do cuidado. Santos (2018) em sua pesquisa afirma que a construção da autonomia está intimamente ligada ao fator econômico, com o direito à remuneração e ao trabalho, porém, corrobora com nosso estudo ao perceber que, apesar das garantias contidas nas leis e portarias das Políticas de Saúde Mental voltadas para esse contexto, elas não são efetivadas na prática, tornando-se notória a negligência e escassez de financiamento ações relacionadas à essa temática, assim como de projetos político-pedagógico e de atividades orientadas para a transformação da vida econômica das pessoas envolvidas.

A terceira dimensão do instrumento é denominada de: Resultados, essa parte é composta por questões que buscam avaliar os CAPSs em relação à produção de resultados pelas estratégias de cuidado e pelos planos de tratamentos realizados. Esses resultados estão relacionados à diminuição e manejo de crises, à diminuição do uso de medicamentos e números de internações, e ao processo de produção de autonomia. Os resultados da pesquisa mostram que, de acordo com as perspectivas dos profissionais, aparentemente existe uma efetiva produção de resultados levando em consideração as relações citadas. Todas as questões que integram a dimensão: resultados obtiveram uma maior porcentagem de respostas positivas dentro da escala Likert. Dentre as questões, a que possuiu a maior porcentagem de respostas negativas (27,4%) questiona se os usuários diminuem o uso de medicação psiquiátrica com o tratamento do CAPS. Esse resultado corrobora com o estudo de Rotoli et al. (2019), que afirma que o tratamento psiquiátrico ainda sofre com a forte medicalização decorrente de uma estrutura pré-moldada nos modelos curativos e biomédicos, evidenciando o despreparo dos profissionais médicos para utilizar planos de cuidados e tratamentos alternativos à forma medicamentosa. Dentre os recursos que podem ser utilizados no cuidado em saúde mental em substituição à prática medicamentosa, temos: terapia comunitária, grupos de autoajuda, ações de promoção de saúde, práticas integrativas complementares.

Em relação às variáveis correlacionadas no estudo, temos a variável: Unidade do CAPS, para analisar essa variável de forma mais simplificada, os CAPS foram divididos por modalidades em CAPS AD E CAPSIII. De acordo com os resultados, percebe-se que os profissionais das unidades de CAPS AD, foram os que responderam de forma mais positiva às questões do nosso instrumento avaliativo. Assim, pode-se verificar que as modalidades de CAPS se comportam de maneiras diferentes em relação às suas práticas cotidianas. Silva (2020) em sua pesquisa afirma que as modalidade de atendimento dos CAPS diferem no perfil dos seus usuários, na faixa etária predominante no serviço e no plano de tratamento propostos e

realizados. Essas divergências influenciam diretamente na satisfação de profissionais e usuários/famíliares, assim como também nas práticas de cuidado. O mesmo autor, Silva (2019), em outra pesquisa de satisfação dos CAPS corrobora com nossos achados, seu estudo avaliou a satisfação de usuários e profissionais utilizando a escala SATIS-BR nas diferentes modalidades de CAPS (CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS ad), os resultados mostraram maiores escores de satisfação associados ao CAPS AD quando comparados às outras modalidades de CAPS. A pesquisa sugere como hipótese para esse resultado que algumas modalidades que privem a liberdade do usuário, mesmo que por um período bem delimitado e justificado clinicamente, podem influenciar na satisfação desses usuários, já que serviços com diferentes propostas e intervenções, tendem a provocar níveis de satisfação diferentes. Afirma ainda, que estudos específicos precisam ser realizados para compreender melhor se esses resultados estão realmente relacionados às características da modalidade do serviço, ao olhar dos profissionais da equipe ou à opiniões pessoais dos usuários.

É nítida a evolução do campo da saúde mental ao longo dos anos no Brasil, o modelo asilar e hospitalocêntrico foi substituído por modelo de atenção que visa a humanização, o atendimento integrado, participativo e interdisciplinar, onde o usuário é compreendido como o sujeito central do enfoque da produção de cuidados, autonomia e integralidade. Os CAPS assumem o papel principal dentro da estrutura das Redes de Atenção psicossociais, pois é, na maioria das vezes, a porta de entrada do usuário aos serviços de saúde mental no Brasil, estando organizados em diferentes modalidades, são elas: CAPS I, II e III, CAPSi e o CAPS AD.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, conseguiu-se avaliar diferentes aspectos relacionados às ações de cuidado em saúde mental realizadas pelos CAPS. No que diz respeito à dimensão Integralidade, observou-se que as práticas desenvolvidas pelos profissionais se efetivam na produção de integralidade e intersectorialidade, porém, essas práticas muitas vezes são insuficientes dentro do contexto encontrado nos serviços, necessitando de melhorias e aprimoramentos.

Em relação à produção de autonomia/protagonismo dos usuários dentro dos CAPS, os resultados mostram que ainda há uma fragilidade no reconhecimento do protagonismo do usuário diante de seu plano de tratamento, muitas vezes desconhecendo até sobre a escolha e particularidades de seu tratamento medicamentoso. Observou-se também alguns aspectos falhos dentro da produção de autonomia, havendo uma escassez de atividades/ações voltadas à transformação da vida econômica dos usuários, visto que a geração e controle de renda estão

intimamente ligados à reinserção social do usuário, a partir do exercício da sua cidadania e de seus direitos sociais de remuneração e trabalho.

No que diz respeito à produção de resultados dentro dos serviços avaliados, observou-se que a percepção dos profissionais sobre a diminuição e manejo de crises, a diminuição do uso de medicamentos e números de internações dos usuários se mostrou positiva, porém, essa dimensão ainda precisa ser aprimorada, visto que, uma parte dos profissionais afirma que, mesmo com o tratamento realizado no CAPS os usuários possuem dificuldades em relação à diminuição dos medicamentos utilizados, esse fato pode estar relacionado à forte predisposição dos profissionais pelos modelos curativos e biomédicos. Esse aspecto pode ser melhorado através do maior conhecimento dos profissionais sobre modelos alternativos de tratamentos

A pesquisa ainda nos mostra existir uma diferença entre as percepções dos profissionais sobre os serviços desenvolvidos nas diferentes modalidades de CAPS incluídas na pesquisa (CAPS III e CAPSad), onde o CAPSad mostrou-se mais efetivo na produção de autonomia/protagonismo, de integralidade e intersetorialidade e de resultados. Essa diferença pode estar relacionada a forma como os serviços são desenvolvidos de acordo com a modalidade do serviço, ao olhar dos profissionais da equipe ou às opiniões pessoais dos usuários. Para se avaliar essas diferenças entre as percepções dos serviços, tornam-se necessários estudos futuros mais aprofundados nessa questão.

7 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou a produção de integralidade e intersectorialidade, a produção de autonomia/protagonismo e produção de resultados das práticas cotidianas desenvolvidas pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de João Pessoa, de acordo com atributos da atenção psicossocial, a partir da perspectiva dos profissionais inseridos nesses serviços.

O Avalia-CAPS, instrumento utilizado para a avaliação, mostrou-se capaz de proporcionar um entendimento sobre as dinâmicas de trabalho realizadas nos CAPS de João Pessoa dentro das dimensões analisadas, conseguindo identificar alguns aspectos frágeis e que podem ser aprimorados dentro dos serviços.

Diante dos achados, verificou-se que a produção de integralidade e intersectorialidade se efetivam dentro das ações de cuidado em saúde mental, porém existe a necessidade de ampliação de ações que visem a integralidade e intersectorialidade para a demanda encontrada nos serviços.

A produção de autonomia/protagonismo mostrou-se não ser tão efetiva diante do frágil reconhecimento dos usuários a respeito de seus planos de tratamento e atividades direcionadas à reinserção social.

Na perspectiva de produção de resultados das ações realizadas no cuidado em saúde mental mostraram-se efetivas com a diminuição das crises, das internações e do uso de medicação, porém a diminuição do uso de medicamentos ainda é passível de melhoramentos devido à forte predisposição pelos modelos medicalocêntricos.

No comparativo das diferenças entre as percepções dos profissionais sobre os serviços desenvolvidos nas diferentes modalidades de CAPS incluídas na pesquisa (CAPS III e CAPSad), o CAPSad mostrou-se mais efetivo na produção de autonomia/protagonismo, de integralidade e intersectorialidade e de resultados.

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2022		2023		
	Período por trimestre				
	3º	4º	1º	2º	3º
Treinamento da equipe	x				
Pactuação com os serviços	x				
Coleta de Dados - questionário		x	x		
Análise de dados			x		
Qualificação				x	
Defesa da Dissertação					x

Fonte: Elaborado pelo Autor

REFERÊNCIAS

Amarante, P.; Nunes, M. O.; **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 18 abril 2022], pp. 2067-2074. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

Andrade, K.; Zeferino, M. T.; Fialho, M. B.; **Articulação Da Rede De Atenção Psicossocial Para O Cuidado Às Crises.** Psicologia em Estudo, v. 21, n. 2, pp. 223-233, 2016. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/2871/287147424005/html/>>

Andres, F. da C.; Andres, S. C.; Moreschi, C.; Rodrigues, S. O.; Ferst, M. F. **The use of the Google Forms platform in academic research: Experience report.** Research, Society and Development, [S. l.], v. 9, n. 9, p. e284997174, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i9.7174. [Acesso em: 4 dec. 2023]. <Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7174>>.

Azevedo, E. B; et al.. **Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 1, p. 93–99, mar. 2012. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000100013>>.

Bandeira, M.; Pitta, A. M. F.; Mercier, C.; **Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira.** J Bras Psiquiatr 1999; 48:233-44. [Acessado 16 abril 2023]. Disponível em: <[https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20\(SATISBR\)%20e%20da%20sobrecarga%20\(IMPACTOBR\)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF](https://www.ufsj.edu.br/portal2repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Escalas%20brasileiras%20de%20avaliacao%20da%20satisfacao%20(SATISBR)%20e%20da%20sobrecarga%20(IMPACTOBR)%20da%20equipe%20tecnica%20em%20servicos%20de%20saude%20mental.PDF)>

Bandeira, M.; Ishara, S.; Zuardi, A. W.; **Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2007, v. 56, n. 4 [Acessado 10 Junho 2022], pp. 280-286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400007>>. Epub 22 Feb 2008. ISSN 1982-0208. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000400007>.

Brasil; Ministério da Saúde. Acesso à informação. **Centro de atenção Psicossocial – CAPS**, Brasília, 2022. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>>

Brasil; Ministério da Saúde. Acesso à informação. **Dados Da Rede De Atenção Psicossocial (Raps) No Sistema Único De Saúde (Sus)**. Brasília, 2022. [Acessado 16 abril 2023]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>>

Brasil; Portaria Nº 336, De 19 De Fevereiro De 2002. **Estabelece os tipos de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II, e seu modelo de funcionamento**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 fev. 2002b. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>.

Brasil; 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** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

Brasil; Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº11/2019, Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. [Acessado em 16 agosto 2023]. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>.

Campos, R. T. O.; Furtado, J. P.; Passos, E.; Ferrer, A. L.; Miranda, L.; Gama, C. A. P.; **Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. Revista De Saúde Pública, 43, 16–22, 2009. [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>>.

Cardoso, L.; Galera, S. A. F.; **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2011, v. 45, n. 3 [Acessado 18 abril 2022], pp. 687-691. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>>. Epub 22 Jun 2011. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>.

Contandriopoulos, A.P.; Champagne, F.; Denis, J-L.; Pineault, R.; Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizadora. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz;

1997. p. 29-47. [Acessado em 08 junho 2023]. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>.

Costa, P. H. A.; Colugnati, F. A. B.; Ronzani, T. M.; **Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 10 [Acessado 05 maio 2022], pp. 3243-3253. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>.

Dias, G. C.; Furegato, A. R. F.; **Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico** [Satisfaction in, and impact of work on, the multidisciplinary team in a psychiatric hospital]. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 24, n. 1, p. e8164, jul. 2016. ISSN 2764-6149. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/8164>>.

Fernandes, C. J.; et al. **Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPs) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 4 [Acessado 18 abril 2022], e00049519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>>. Epub 22 Abr 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>.

Furtado, J. P.; Gasparini, M. F. V.; **Há diferenças entre avaliar e analisar?**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 8, Agosto de 2019. [Acessado 13 Agosto 2023], pp. 2933-2938. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25302017>>. ISSN 1678-4561.

Gaino, L. V. et al.; **O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo***. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, [Acessado 18 abril 2022], p. 108-116, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762018000200007&lng=pt&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>.

Kammer, K. P.; Moro, L. M.; Rocha, K. B.; **Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos**. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 36-50, abr. 2020. [Acessado em 24 set. 2023]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso>.

Lima, D. K. R. R.; Guimarães, J.; **Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 29, n. 03. Nov, 2019. [Acessado 05 maio 2022], e290310. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>.

Machado, P. F. M.; **“Avalia CAPS”: a construção e a validação de um instrumento de avaliação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – versão usuários**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. [Acessado 08 Junho 2022]. Disponível em:<<https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/9833>>.

Mielke, F. B.; Kantorski, L. P.; Jardim, V. M. da R.; Olschowsky, A.; Machado, M. S.; **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 159–164, jan. 2009. [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100021>>.

Nóbrega, M. P. S. S.; Mantovani, G. S.; Domingos, A. M.; **Resources, objectives and guidelines in a Psychosocial Care Network structure**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, v. 73, n. 1 [Acessado 05 maio 2022], e20170864. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0864>>.

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**. *Cadernos De Saúde Pública*, 22(5), 1053–1062, 2006. [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>>.

Passarinho, J. G. N.; **Retrocessos na política nacional de saúde mental: consequências para o paradigma psicossocial**. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. [S. l.], v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63451. [Acessado em 16 dezembro 2023]. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63451>>

Passos, R. G.; Gomes, T. M. S.; Farias, J. S.; Araújo, G. C. L.; **A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas:: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas**. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental*

Health, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 42–64, 2021. [Acesso 13 agosto 2023] Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618..>

Perrone, P. A. K.; **A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 569–580, fev. 2014. [Acesso 13 agosto 2023]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>>.

Ribas, D. L.; Terra, M. G.; Erdmann, A. L.; **O PARADIGMA COMPLEXO: Um Novo Olhar Para a Saúde Mental**. Contexto, vol. 20, nº 73-74, p. 131–142, maio 2013. [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/1127>>.

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, v. 38 nº.2; Rio de Janeiro, Fevereiro 2022. [Acessado 18 abril 2022]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X0014412>>.

Rotoli, A.; Silva, M. R. S.; Santos, A. M.; Oliveira, A. M. N.; Gomes, G. C.; **Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions**. Escola Anna Nery, 23(2), e20180303, 2019. [Acessado 05 maio 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>>.

Sampaio, M. L.; Bispo, J. P.; **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2021, v. 19 [Acessado 18 abril 2022], e00313145. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1981-7746.

Sampaio, M. L.; Bispo, J. P.; **Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental**. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 37, n. 3, Abril 2021. [Acessado 05 maio 2022], e00042620. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>>. ISSN 1678-4464.

Santos, S. A.; Carnut, L.; **Trabalho, sentidos e saúde mental: percepção de participantes em um projeto para geração de renda**. Semin., Ciênc. Soc. Hum., Londrina, v. 39, n. 2, p. 159-180, dez. 2018. [Acesso 13 agosto 2023]. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167654432018000200005&lng=pt&nrm=iso>.

Santos, P. A. N.; Miranda, M. B. S.; **O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa**. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Brasil, janeiro de 2015. [Acessado 18 abril 2022]. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/366>.

Silva, S. N.; Lima, M. G.; Ruas, C. M.; **Uso de medicamentos nos Centros de Atenção Psicossocial: análise das prescrições e perfil dos usuários em diferentes modalidades do serviço**. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 Jul;25(7):2871–82. [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.23102018> >

Silva, S. N.; Lima, M. G.; Ruas, C. M.; **Avaliação de Serviços de Saúde Mental Brasileiros: satisfação dos usuários e fatores associados**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(11), 3799–3810(2018). . [Acessado em 16 abril 2023]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>>

Silva, N. S.; Melo, J. M.; Esperidião, E.; **Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura**. REME - Rev Min Enferm.; 16(2):280-288, Abr/Jun, 2012. [Acessado 18 abril 2022]. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/530>>.

Silva, T. A.; Paula, J. D.; Araújo, R. C.; **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]. 2018, v. 21, n. 2 [Acessado 05 maio 2022], pp. 346-363. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>>. ISSN 1984-0381. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>.

Tanaka, O. Y.; Tamaki, E. M.; **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 821–828, abr. 2012. . [Acessado em 08 junho 2023]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>.

Trapé, T. L., Onocko-Campos, R.; **Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação**. Rev Saude Publica. 2017; v. 51 n. 19. [Acessado 08 Junho 2022]. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006059> >

World Health Organization. (OMS). **Mental health action plan 2013-2020**[Internet]. 2013. Geneva: World Health Organization. [Acessado 08 janeiro 2024]. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA**”, coordenada pelos professores Filipe Ferreira da Costa, Wilton Wilney Nascimento Padilha, Anselmo Clemente e Juliana Sampaio, e vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - *Strictu Sensu* - da Universidade Federal Da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O presente estudo fornecerá informações que possam proporcionar um melhor conhecimento acerca dos serviços de saúde mental, mais especificamente os Centros de Atenção Psicossociais do Município de João Pessoa-PB. Faz necessária tal discussão devido à escassez de trabalhos nessa área no sentido de avaliação de serviço. Este estudo poderá embasar melhores abordagens em saúde mental, contribuir para os melhoramentos dos serviços de saúde mental, avaliando a qualidade dos CAPS, identificando potencialidades e fragilidades no processo de trabalho dentro do modelo de atenção psicossocial, e assim, possibilitar a remodelação e melhorias no cuidado, nas políticas públicas e nos serviços, promover conhecimento por parte das Instituições os quais trabalham, bem como incentivar o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a problemática. O objetivo deste estudo é avaliar os CAPS, através de um instrumento validado na literatura, o AVALIA-CAPS, na percepção dos profissionais e usuários de saúde inseridos no serviço. Para alcançá-lo, realizar-se-á um estudo transversal, após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Como benefícios busca-se avaliar e conhecer as necessidade dos serviços de saúde mental da RAPS. O aprofundamento do estudo também deverá gerar informações que contribuam para melhorias no cuidado e no processo de trabalho relacionado aos serviços onde a pesquisa será realizada. A pesquisa pode gerar desconforto e constrangimento, frente a alguns questionamentos, pois os pacientes que se submeterão à entrevista e questionário, onde poderão expor suas possíveis limitações e fragilidades podendo optar pela desistência da participação sendo encaminhados (as) para o serviço de psicologia da UFPB.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A participação da Sr.(a) nessa pesquisa pode implicar na necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior,

tendo em vista que o presente estudo contém perguntas de cunho pessoal. Desse modo, caso venha a se sentir invadido (a) ou incomodada (o) com os questionamentos, a pesquisa será interrompida e lhe poderá ser oferecido o acompanhamento psicológico prestado pelo serviço de Psicologia da UFPB.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr.(a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida a Sr.(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr.(a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao Sr.(a) e caso haja algum, será garantido indenização por parte do(s) responsável(is).

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. O (a) pesquisador (a) _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele (a) compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 510/16. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o Filipe Ferreira da Costa, através do contato por telefone (83) 993802323, através do endereço eletrônico: filipe@ccs.ufpb.br, ou no endereço institucional: Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Educação Física, CCS, Cep: 58051-900,

João Pessoa, Paraíba. Fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, que funciona no Campus I, 1º andar, Cep: 58051-900, João Pessoa, Paraíba, telefone: (83) 3216-7791, email: comitedeetica@ccs.ufpb.br. HORÁRIO DE ATENDIMENTO PARA O PÚBLICO: das 07:00 às 12:00hs, e das 13:00 às 16:hrs, de segunda a sexta-feira. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE B**FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS**

1. IDENTIDADE DE GÊNERO:
 - MULHER CIS (é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu)
 - HOMEM CIS (é o indivíduo que se identifica com o sexo biológico com o qual nasceu)
 - MULHER TRANS (pessoa que nasceu com o sexo biológico masculino, mas se identifica com gênero feminino)
 - HOMEM TRANS (pessoa que nasceu com o sexo biológico feminino, mas se identifica com gênero masculino)
 - NÃO BINÁRIO (refere-se às pessoas que não se percebem como pertencentes a um gênero exclusivamente)
2. RAÇA/COR
 - Pardo(a)
 - Negro(a)
 - Branco(a)
 - Amarelo(a)
 - Indígena
3. IDADE (anos completos): _____
4. HÁ QUANTO TEMPO VOCÊ TRABALHA NO CAPS?
 - 0 - 6 meses
 - 6 meses - 1 ano
 - 1 - 2 anos
 - 2 - 4 anos
 - 4 - 6 anos
 - 6 - 8 anos
 - 8 - 10 anos
 - Mais de 10 anos
5. QUAL SUA ATUAÇÃO?
 - Médico Psiquiatra/Neurologista/Saúde Mental

- Médico(a) Clínico(a)
 - Enfermeiro(a)
 - Farmacêutico(a)
 - Psicólogo(a) Sanitarista
 - Profissional de Educação Física
 - Assistente Social
 - Fisioterapeuta
 - Terapeuta Ocupacional
 - Pedagogo(a)
 - Nutricionista
 - Arte Educador(a)
 - Arte Terapeuta
 - Técnico(a) De Enfermagem
 - Educador(a) Social
 - Auxiliar de Serviços Gerais Cozinheiro(a)
 - Vigilância
 - Apoio Administrativo
 - Redutor de Danos
 - Outra: _____
6. QUAL A SUA MODALIDADE DE JORNADA DE TRABALHO?
- Plantonista
 - Diarista
7. QUAL SEU REGIME DE HORAS SEMANAIS?
- 10 horas
 - 20 horas
 - 36 horas (regime plantonista)
 - 40 horas
 - 60 horas
8. QUAL SEU ESTADO CIVIL?
- Solteiro(a)
 - Casado(a) ou União Estável
 - Separado(a)/ Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
9. EM QUAL CAPS VOCÊ TRABALHA?

- CAPS AD III David Capistrano
 - CAPS AD III Jovem Cidadão
 - CAPS III Caminhar
 - CAPS III Gutemberg Botelho
10. QUAL SEU NÍVEL DE FORMAÇÃO?
- Ensino Fundamental Incompleto
 - Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Incompleto
 - Ensino Médio Completo
 - Ensino Superior Incompleto
 - Ensino Superior Completo
 - Especialização
 - Pós-Graduação a Nível Residência
 - Pós-Graduação a Nível Mestrado
 - Pós-Graduação a Nível Doutorado
11. QUAL SEU TIPO DE CONTRATO TRABALHISTA?
- Concursado
 - Contratado
 - Celetista
 - Codificado
 - Bolsista (residente)
12. QUAL A SUA RELIGIÃO?
- Nenhum (Ateu, Agnóstico)
 - Católico
 - Protestante
 - Espírita
 - Matriz africana
 - Outra: _____
13. EM QUE MEDIDA VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA?
- Nada religiosa
 - Pouco religiosa
 - Medianamente religiosa
 - Muito religiosa
 - Totalmente religiosa

ANEXO A – AVALIA CAPS profissionais

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
1	No CAPS, os usuários são atendidos de acordo com as suas necessidades					
2	No CAPS, os usuários recebem informações suficientes sobre o seu problema de saúde mental					
3	Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre a sua situação de saúde mental					
4	No CAPS, os usuários participam conjuntamente com a equipe das decisões sobre o tratamento medicamentoso (como, por exemplo: escolha da medicação, para que serve, efeitos colaterais)					
5	Com o tratamento no CAPS, os usuários conhecem mais sobre os medicamentos que utilizam (objetivos, efeitos e dosagens)					
6	No CAPS, os usuários decidem conjuntamente com a equipe sobre as atividades que irão participar					
7	A equipe do CAPS solicita que os familiares e/ou acompanhantes participem em conjunto com os usuários das decisões do tratamento					
8	No CAPS são oferecidas atividades para os familiares e/ou acompanhantes					
9	A equipe do CAPS busca conhecer a história e as condições de vida dos usuários para construir o plano de tratamento desses					
10	A equipe do CAPS busca conhecer as especificidades da comunidade e do território para construir o plano de tratamento dos usuários					
11	O CAPS entrou em contato com as equipes de atenção primária para a construção de um plano de tratamento para os usuários					
12	O CAPS acessa os serviços de assistência social para construir o plano de tratamento (como CRAS - Centro de Referência de Assistência Social - e CREAS Centro Especializado de Assistência Social, Abrigo, entre outros), quando necessário					
13	A equipe do CAPS busca outros profissionais/serviços da rede para auxiliar no plano de tratamento dos usuários					
14	O CAPS possui um profissional disponível quando os usuários necessitam, dentro do horário de atendimento do serviço					
15	No CAPS, são ofertadas oficinas para auxiliar os usuários a cuidarem da sua higiene, do seu corpo e da sua saúde					
16	No CAPS, os usuários têm acesso a oficinas e profissionais que ajudam com a sua rotina e afazeres diários					

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
17	Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem realizar melhor suas atividades diárias					
18	No CAPS, os usuários têm atividades que auxiliam na organização financeira					
19	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm a possibilidade de realizar atividades que gerem renda (por exemplo: trabalho, oficina de geração de renda, cooperativa)					
20	As atividades oferecidas pelo CAPS auxiliam os usuários a conhecer e frequentar outros lugares na cidade					
21	Com tratamento no CAPS, os usuários conseguem se inserir em outras atividades na sua comunidade (por exemplo: grupos, associações e festas)					
22	Com o tratamento no CAPS, os usuários sabem qual serviço devem buscar quando precisam de auxílio/ajuda e o CAPS não está aberto					
23	Com o tratamento no CAPS, usuários e familiares têm melhor manejo nos momentos de crise					
24	No CAPS, as opiniões e ideias dos usuários são respeitadas					
25	No CAPS, os usuários têm espaços para reclamar do tratamento e das atividades realizadas					
26	No CAPS, existem espaços para os usuários decidirem sobre o funcionamento do serviço (por exemplo, assembleias e reuniões)					
26	Com o tratamento no CAPS, as famílias têm mais informações sobre o problema de saúde mental do usuário					
28	O trabalho no CAPS é desenvolvido de forma integrada e compartilhada entre as diferentes áreas do conhecimento					
29	No CAPS, são desenvolvidas atividades de ensino e aprendizagem que objetivem a produção de conhecimentos no cotidiano					
30	A equipe do CAPS consegue manejar situações de crise dos usuários no serviço					
31	O CAPS possibilita atividades de discussão que objetivem enfrentar as questões de preconceito e discriminação					
32	No CAPS, as atividades coletivas oferecidas são importantes para o tratamento (grupos, oficinas e passeios)					
33	Com o tratamento no CAPS, os usuários melhoram o relacionamento com a sua família					

		Com certeza, Sim (4)	Provavel- mente, sim (3)	Provavel- mente, não (2)	Com certeza, não (1)	Não sei/ Não lembro
34	Com o tratamento no CAPS, os usuários conseguem progressivamente diminuir as atividades realizadas dentro do CAPS e aumentar as atividades realizadas fora do CAPS					
35	Com o tratamento no CAPS, os usuários reduzem o uso de medicações psiquiátricas					
36	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos crises psiquiátricas					
37	Com o tratamento no CAPS, os usuários têm menos internações de saúde mental					
38	Você indicaria o CAPS para uma pessoa que precisasse de um serviço de saúde mental					