

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem



Dissertação

**ESTUDO AVALIATIVO DA ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO
BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL**

Lilian Cruz Souto de Oliveira

Pelotas, 2013

LILIAN CRUZ SOUTO DE OLIVEIRA

**ESTUDO AVALIATIVO DA ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO
BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva.

Orientadora: Prof. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2013

Folha de Aprovação

Autora: Lilian Cruz Souto de Oliveira

Título: Estudo Avaliativo da Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil:
contribuições para a saúde mental

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Dr^a. Luciane Prado Kantorski
Universidade Federal de Pelotas

Dr. Álvaro Moreira Hypólito
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Vanda Maria da Rosa Jardim
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Valéria Cristtelo Coimbra
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a. Michele Mandagará de Oliveira
Universidade Federal de Pelotas

Dedico este trabalho ao meu
amor César Sperb.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma ou outra forma ajudaram-me na concretização deste trabalho;

À CAPES por conceder a bolsa de estudos a qual fez-me dedicar a este estudo;

Ao Ministério da Saúde que foi o grande colaborador desta pesquisa - CAPSUL II, 2012;

À Faculdade de Enfermagem da UFPel, em especial ao grupo de Saúde Mental por tornar esta pesquisa possível;

À minha orientadora Luciano Kantorski pela confiança em mim depositada, pela sua orientação sempre que necessária, por me fazer querer estudar e entender o que é, e como trabalhar com a saúde mental e também pelo seu grande carinho e compreensão;

As professoras da Pós-Graduação que me proporcionaram vários ensinamentos, em especial as professoras Vanda, Valéria, Michele e Rita pela grande amizade;

Aos 236 coordenadores que colaboraram para que este estudo pudesse ser realizado;

Aos meus colegas de Mestrado que caminharam junto nesta jornada;

Aos meus Pais Breno e Teresa, irmãos Thiago e Larissa, minha cunhada Raquel, meu sogro Mário César e Cunhado Cristiano que fazem parte da minha vida.

Ao meu Amor e amigo César Sperb por estar sempre presente em minha vida, me ajudando em todas as horas e sempre incentivando a estudar mais e a seguir em frente.

"Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir" (FOUCAULT)

RESUMO

OLIVEIRA, Lilian Cruz Souto de. **Estudo avaliativo da estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil: contribuições para a saúde mental.** 2013. 125f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013.

Estudo de caráter censitário descritivo, cujo objetivo foi conhecer a adequação dos recursos de estrutura existentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a Portaria 336/2002. A metodologia utilizada foi a partir do modelo teórico de Donabedian. O questionário auto-aplicado foi respondido por 76,62% dos coordenadores da Região Sul do Brasil de junho de 2011 a novembro de 2012 e analisado no programa STATA 12.0. Os recursos físicos e equipamentos estiveram presentes em mais de 50% dos CAPS. Em relação aos recursos humanos houve deficiências consideradas graves como a ausência do profissional enfermeiro em 11 CAPS. Foi constatado que mais de 50% dos CAPS estudados os coordenadores consideram a ambiência como boa ou ótima. Os resultados encontrados ainda mostraram que a maioria dos coordenadores é formada por mulheres (84%), profissionais Psicólogos (38%) e possuem Pós-Graduação (68%). Identificamos que 33.19% dos coordenadores trabalham em outros locais e verificou-se que a gratificação é referida por 56,40% dos coordenadores. Conhecer as condições locais de estrutura é fundamental para que o processo e o resultado se mantenham e se concretizem. Sendo a estrutura um importante parâmetro de avaliação este estudo proporcionará um conhecimento detalhado dos CAPS, quanto a sua organização e funcionamento. Com isso, os resultados recolhidos poderão ser utilizados como estratégias que busquem alternativas a fim de melhorá-los e qualificá-los.

Descritores: Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Mental. Estrutura dos Serviços.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Lilian Cruz Souto de. **Evaluative study of the structure of the CAPS from southern region of Brazil: contributions to mental health.** 2013. 125f. Dissertation (Master Course) – Post Graduate Program in Nursing. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013.

Study census descriptive character, which has the objective of better understanding of the Psychosocial Care Centers (CAPS) existing structure adequacy according to Decree 336/2002. The methodology used was based on the Donabedian's theoretical model. The self-fulfilled questionnaire was answered by 76.62% of southern Brazil's coordinators from June 2011 to November 2012 and analyzed through STATA 12.0. Physical resources and equipment were present in over 50% of CAPS. Regarding human resources it was founded serious deficiencies such as lack of professional nurses in 11 CAPS. Coordinators from more than 50% of studied CAPS consider the environment as good or excellent. The results have shown that the majority of coordinators are women (84%), professional Psychologists (38%) and Postgraduate (68%). We have identified that 33.19% of coordinators work in other places and gratification is mentioned by 56.40% of them. To get to know the structure local conditions is essential to achieve the solidification of process and results. Being the structure an important evaluation parameter this study will provide a detailed knowledge of CAPS, regarding its organization and functioning. The collected results can be used as a strategy basis to support initiatives of CAPS improvement and qualification.

Descriptors: Health Evaluation. Mental Health Services. Structure of Services.

SUMÁRIO

I Apresentação.....	10
II Projeto de Pesquisa.....	12
III Relatório do Trabalho de Campo.....	84
IV Artigo I:.....	90
V Artigo II:.....	102
VI Artigo III:.....	113
VII Conclusão.....	123

I APRESENTAÇÃO

Apresentação

A presente dissertação foi elaborada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências do Programa de Pós-graduação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O projeto foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde e Linha de pesquisa Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva. Este trabalho é parte da pesquisa intitulada “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II)”, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e financiado pelo Ministério da Saúde.

A minha aproximação com a Saúde Mental iniciou em 2011 quando ingressei no Mestrado da UFPel. Neste momento comecei a fazer parte do grupo de pesquisa em saúde mental e saúde coletiva existente na faculdade assim como envolver-me com a Pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II)” na qual este trabalho é um recorte.

Desde então o interesse por esta área passou a fazer parte do meu cotidiano. Procurei buscar leituras que me orientassem acerca do tema além de ingressar na Especialização em Saúde Mental da UFPel em maio de 2011 no qual obtive aprovação com o artigo final *“Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos entrevistadores”*.

Depois de vários encontros e discussões com minha orientadora a respeito do tema que nortearia esta dissertação decidimos por trabalhar com “Avaliação em Saúde” uma vez que existia uma aproximação deste assunto por ambas as partes.

É oportuno salientar que participei ativamente na etapa quantitativa da Pesquisa CAPSUL e também na fase qualitativa. Na etapa quantitativa além de dedicar-me à pesquisa com os coordenadores também participei da fase de coleta de dados dos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS. Durante duas semanas estive no Estado do Paraná nos municípios de Londrina (CAPS III) e Ivaiporã (CAPS I) para coletar esses dados. Na etapa qualitativa participei da escrita do Relatório Final.

Trabalhar com este tema me oportunizou a estudar e refletir sobre o cotidiano dos indivíduos com transtornos mentais e o papel da sociedade perante estas pessoas. Diante disto, é de extrema importância que avaliações periódicas sejam realizadas nos locais que oferecem tratamento e cuidado a estes sujeitos, pois conhecendo estes lugares de forma integral permitirá traçar metas que oportunizem melhorias no seu funcionamento.

I PROJETO DE PESQUISA

Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem



Projeto de Dissertação

**ESTUDO AVALIATIVO DA ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO
BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL**

Lilian Cruz Souto de Oliveira

Pelotas, 2012

LILIAN CRUZ SOUTO DE OLIVEIRA

**ESTUDO AVALIATIVO DA ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO
BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Enfermagem em saúde mental e saúde coletiva

Orientadora: Prof. Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Pelotas, 2012

Definição de termos

Avaliação em Saúde - Processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão (DECS).

Serviços de Saúde Mental - Serviços de saúde mental para prevenção diagnóstico, tratamento prestados a indivíduos com o objetivo de reintegrá-los à comunidade (DECS).

Estrutura dos Serviços - Conjunto de equipamentos e serviços que compõem o sistema de atenção à saúde, incluindo o grau de qualificação dos recursos humanos, a área física, os recursos financeiros disponíveis e equipamentos em número e distribuição (DECS).

CAPS - Serviço de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos cujo objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Lista de figuras

Figura 1	Rede de Atenção à Saúde Mental.....	31
Figura 2	Fluxograma exemplificando a tríade para a avaliação dos serviços em saúde.....	34
Figura 3	Crescimento dos CAPS no Brasil.....	36
Figura 4	Gastos com Programas de Saúde Mental de 2002 a 2010.....	37
Figura 5	Mapa da Região Sul do Brasil.....	38
Figura 6	Distribuição dos CAPS da Região Sul do Brasil conforme levantamento realizado através da gestão 2010 do CNES.....	39

Lista de tabelas

Tabela 1	Recursos necessários para realização da Pesquisa CAPSUL II..	43
Tabela 2	Cronograma das etapas para elaboração da dissertação.....	45

Lista de abreviaturas e siglas

AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CAPSUL	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil
CAPSUL II	Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil II
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MESH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1 Introdução.....	22
1.1 Delimitação do Problema de Pesquisa.....	23
1.2 Justificativa	23
2 Objetivos.....	26
3 Hipóteses.....	27
4 Revisão Bibliográfica.....	28
4.1Estratégias de busca bibliográfica	28
4.2 A Reforma Psiquiátrica e o Surgimento dos CAPS	29
4.3 Avaliação em Serviços de Saúde Mental.....	35
5 Metodologia.....	40
5.1 Delineamento da pesquisa.....	40
5.2 Amostra	40
5.3 Variáveis do estudo	41
5.4 Instrumento de coleta de dados.....	50
5.5 Procedimento para coleta de dados.....	51
5.6 Controle de qualidade.....	51
5.7 Análise dos dados.....	51
6 Aspectos éticos.....	53
7 Divulgação dos resultados.....	54
8 Orçamento.....	55
9 Cronograma	56
Referências.....	57
Apêndices	60
Anexos	66

1 Introdução

Na saúde mental o processo saúde-doença é tão ou mais complexo do que nas outras áreas da saúde, uma vez que ainda há muito a ser feito para a efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil. Por existir esta fase de transição na atenção psicossocial é importante que existam estudos direcionados nesta área que ao mesmo tempo tão nova e tão velha conhecida, pois a avaliação em saúde é um instrumento que pode ser utilizado para readaptar a prática cotidiana, fundamental na consolidação da reforma psiquiátrica (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A avaliação em saúde é um importante meio tanto no planejamento quanto na gestão e execução, pois para que um sistema funcione adequadamente é preciso organização de ações e serviços e, só a partir de um olhar mais aprofundado é que será possível contemplar as necessidades e a satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde, na busca de resolubilidade e qualidade assistencial (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os principais serviços de assistência a pessoas com transtornos psíquicos e, por ser considerado um local novo de cuidado, estudos avaliativos se tornam importantes nesses locais, já que a cada ano, surgem novos centros.

De acordo com a Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, os CAPS são divididos em seis modalidades. O CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes. Já o CAPS II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes. O CAPS III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e

acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. O CAPS AD que atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. O CAPS AD III que atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. E por fim CAPS i que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

A rede de saúde mental tem se expandido a partir de 1998, atingindo 68% de cobertura em nível nacional. A Região Sul do Brasil, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde, apresenta uma cobertura bastante eficaz, visto que atendeu 88% da população alvo em 2001 (BRASIL, 2011).

Para a organização em saúde Donabedian (1988) descreveu a tríade-Estrutura, Processo e Resultado- como sendo um método efetivo para avaliação da qualidade dos serviços prestados. Os CAPS, devem possuir uma estrutura (área física, recursos humanos e recursos materiais) adequada para o atendimento em saúde, de tal modo que, sua composição, atenda às necessidades dos usuários, familiares e profissionais, visando proporcionar a realização das importantes atividades necessárias ao tratamento psicossocial (BRASIL, 2002).

A estrutura física dos CAPS deve oferecer no mínimo consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade), sanitários, área externa para oficinas, recreação e atividades esportivas. Os recursos humanos mínimos para o funcionamento dependerá das características e necessidades de cada local (BRASIL, 2004).

A Avaliação das condições locais é fundamental para que processo e o resultado se mantenham e se concretizem, pois a estrutura é o alicerce que sustentará todo o processo de cuidado na atenção psicossocial.

1.1 Delimitação do Problema de Pesquisa

A presente pesquisa tem como enfoque: *Conhecer a Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil*

1.2 Justificativa

Cerca de 10% da população mundial adulta apresenta, em algum momento da vida, um tipo de transtorno mental. Esse número tende a crescer, podendo, em 2020, chegar a 15% do montante representado pelos transtornos mentais e neurológicos. No ano de 2020 os transtornos mentais e comportamentais serão responsáveis por 20% do total de AVAI (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) perdidos em virtude de todas as doenças e lesões (OMS, 2001).

No Brasil 3% da população sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento de saúde mental, contínuo ou eventual (BRASIL, 2005). Neste cenário, esses milhões de brasileiros carecem de um serviço que ofereça um modelo de tratamento condizente com seus direitos como usuários e cidadãos.

Para que essas pessoas com sofrimento psíquico possam ter uma melhor qualidade de vida, é importante que se identifique a enfermidade o mais breve possível, a fim de evitar o agravamento e o retardo no tratamento. Neste contexto, os CAPS tornam-se elementos fundamentais nessa busca pelo reconhecimento social, de forma a reinserir os usuários, tendo em vista o “começar de novo”.

Os CAPS são serviços que estão em processo de implantação e de adaptações, visto que sua construção nasceu de uma estratégia de mudança num momento de ruptura com a filosofia dos hospitais psiquiátricos. Tratando-se de um modelo novo de atenção à saúde mental é plausível que sejam avaliados, a partir de

dados concretos, como é constituída a estrutura destes locais. A avaliação é essencial para o processo de organização e de aprendizagem, pois procura diagnosticar problemas que, a partir da tomadas de decisões, serão importantes na elaboração de alternativas que procurem concretizar e organizar melhor os serviços.

Estudo do CAPSUL (2007) mostrou que a presença de oficinas estruturadas e equipadas é mencionada por 63% dos coordenadores e, quanto ao acesso de portadores de necessidades especiais, apenas 33% dos CAPS proviam desta adequação. Este estudo também demonstrou que aproximadamente 60% dos serviços não contavam com médico generalista; ainda constatou que 90% dos serviços possuíam de um a quatro psiquiatras e 100% apresentava psicólogos e 80% enfermeiros. Os assistentes sociais foram referidos em 90% dos serviços; terapeutas ocupacionais estavam ausentes em 33% dos CAPS e os pedagogos em 73%. O número de técnicos ou auxiliares de enfermagem variou de um a cinco profissionais e em 13% dos CAPS eram ausentes.

Sendo a estrutura um importante parâmetro de avaliação, este estudo torna-se viável, já que proporcionará um conhecimento detalhado dos CAPS, quanto a sua organização e funcionamento. Com isso, os dados recolhidos poderão ser utilizados como estratégias que busquem alternativas a fim de melhorá-los e qualificá-los.

O método avaliativo não é uma atitude de desconfiança aos processos de implantação, mas sim uma necessidade de cautela, considerando-se a evidência de sua complexidade, de forma a não comprometer todo um esforço político institucional da integração de serviços que garantam a desejável integralidade da atenção em saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Devido a um número expressivo de CAPS na Região Sul do Brasil, torna-se de extremo valor que avaliações sejam realizadas periodicamente nestes serviços, pois avaliar é um método chave que possibilita reconhecer se estes locais estão adequados à sua proposta de funcionamento. Sendo a estrutura um componente avaliativo de suma importância para a realização do trabalho em saúde, reforça-se a necessidade deste elemento ser considerado nos CAPS.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as condições estruturais dos CAPS das Regiões Sul do Brasil conforme:
 - Área física (ambiência; funcionamento em geral).
 - Recursos humanos (coordenadores; profissionais; estagiários).
 - Recursos materiais (equipamentos; medicamentos; projeto terapêutico individual).

3 Hipóteses

O estudo da estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil considera as seguintes hipóteses:

- Espera-se pelo menos que cerca de 50% dos coordenadores possua pós-graduação em saúde mental o que demonstrará um cuidado mais qualificado aos usuários (KANTORSKI, 2009).

- Aproximadamente 40% dos CAPS possuirá rampas de acesso (CAPSUL, 2007).

- Haverá diversidade de instalações físicas já que não existe padronização quanto às arquiteturas prediais (NASCIMENTO e GALVANESE, 2009).

- Em torno de 50% dos imóveis (casas) serão alugados (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009).

- De acordo com a portaria 336/2002 o enfermeiro é profissional obrigatório dentro de um CAPS, porém em torno de 20% não se fazem presentes (CAPSUL, 2007).

- As oficinas são de grande importância nos CAPS, já que oportunizam diversos meios de socialização e reabilitação psicossocial. Entende-se que pelo menos 60% das oficinas serão estruturadas e equipadas (CAPSUL, 2007).

4 Revisão Bibliográfica

O objetivo desta revisão foi encontrar trabalhos científicos sobre Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde Mental e Estrutura dos Serviços. Estudos pesquisados em bases de dados nacionais e internacionais foram encontrados a respeito dos assuntos propostos.

4.1 Estratégias de busca bibliográfica

As buscas para a realização desta revisão foram realizadas em outubro de 2011 através do levantamento de produções científicas nas bases eletrônicas de dados referenciais na Public Medical (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e portal de revistas Scientific Electronic Library Online (Scielo).

Os descritores utilizados para realização das buscas foram consultados anteriormente nos dicionários MeSH (Medical Subject Headings) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). São eles: *Health Evaluation/Avaliação em Saúde*, *Mental Health Services/Serviços de Saúde Mental* e *Structure of Services/Estrutura dos Serviços*.

A análise foi realizada através do operador booleano *and*. Foram encontrados 50 estudos no total. Não foram utilizados limites temporais, no entanto aqueles que não apresentaram resumo disponível foram excluídos desta revisão.

Após o levantamento dos estudos foram encontradas duas dualidades nas bases de dados. Por fim, depois de lidos os textos na íntegra, 13 estudos foram selecionados de acordo com a relevância do tema proposto. A partir dessa identificação deu-se início a construção do quadro da revisão de literatura (APÊNDICE A). A fim de ampliar os referenciais teóricos e obter mais dados relevantes para a pesquisa buscou-se referenciais da área da saúde mental assim como buscas no portal do Ministério da Saúde.

4.2 A Reforma Psiquiátrica e o Surgimento dos CAPS

O Brasil, na década de 70, passava por várias transformações políticas, econômicas e sociais, dentre estas se destaca uma que tomou impulso neste período e persiste até os dias de hoje sendo de extrema importância para o processo de mudança na área da saúde - A Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2006).

O movimento de crítica ao modelo assistencial e rompimento com a prática psiquiátrica teve influências importantes no mundo acerca dos saberes e práticas na história da loucura de diversos autores como Michel Foucault em a “História Da Loucura Na Idade Clássica”; Goffman em “Manicômios, Prisões e Conventos”; Castel em “A Ordem Psiquiátrica: A Idade De Ouro do Alienismo”; Firmino em “Os Porões Da Loucura”; Rotelli em “Desinstitucionalização” (KANTORSKI, 2001).

Na sociedade moderna onde só tinha-se espaço para a razão, a loucura representava a escória da sociedade, os doentes mentais eram afastados do meio social e colocados em instituições isoladas claramente articuladas, mais severas que o vale dos leprosos (FOUCAULT, 1997). A psiquiatria passava a fazer parte de mais uma categoria das especialidades médicas e assim as práticas assistenciais de confinamento, exclusão, abandono e humilhação elevaram os manicômios a categoria de hospitais (FOUCAULT, 1992).

Segundo GOFFMAN (2003) os hospitais psiquiátricos eram instituições “totais” baseadas em regras e disciplina, ordem e burocracia onde os indivíduos viviam uma sociedade a parte, isolados do mundo real, cercados por muros e por um comandante.

Os pacientes mentais internados nos manicômios eram de certa forma esquecidos por suas famílias já que viviam enclausurados por muito tempo e, em alguns casos, nunca mais retornavam aos seus núcleos sociais. Estes sujeitos abandonados eram submetidos a tratamentos desconhecidos e duvidosos e não tinham qualquer liberdade de expressão (GOFFMAN, 2003).

Robert Castel (1978) comparava os manicômios às prisões, os médicos aos juízes, pois os loucos eram vistos, para a sociedade, tão ameaçadores e perigosos quanto os fora da lei. Dessa forma era preciso reorientá-los à razão e para isso a

melhor forma, na teoria, era o isolamento condicionado e normatizado a fim de criar mecanismos para a desalienação mental.

Em contrapartida, o manicômio para Rotelli (1990) foi “o lugar zero da troca” onde os pacientes não tinham voz, apenas obedeciam a regulamentos institucionais privando-se de seus direitos civis, econômicos e sociais. Para este autor era preciso romper as barreiras e ir além dos espaços reclusos para melhor ajudar os doentes mentais, pois os manicômios só serviram para minimizar e ridicularizar estas pessoas que deixaram de pensar e viver de forma independente já que sua subjetividade era entendida como loucura.

Os hospitais psiquiátricos eram precários e foram comparados a porões sufocantes. Além de seus aposentos serem sujos e deprimentes, o atendimento era realizado por pouquíssimos profissionais que não conseguiam atender toda a demanda, já que seres humanos eram levados aos “porões da loucura”, às vezes, sem motivo aparente e largados a sorte morriam desamparados. As pessoas eram impotentes diante do sistema carcerário e viviam marginalizadas as sombras de seus governantes uma vez que seus direitos eram reprimidos e não tinham direito de opinar e nem optar por melhorias estruturais e assistenciais (FIRMINO, 1982).

A desinstitucionalização tem por finalidade superar o modelo antiquado de “tratamento”, realizado em espaços exclusionistas, violentos e mortíferos centrado no conceito de doença como falta e erro, por locais de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. Dessa forma, o sujeito antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 2009).

Franco Basaglia fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática e instituiu a Lei 180 que pôs fim aos manicômios na Itália. A sua ideia foi criar dispositivos substitutivos aos hospícios a fim de proporcionar uma nova rede de cuidados às pessoas com transtorno mental, de forma a atender suas necessidades físicas, psíquicas e de bem-estar geral. Com isso, o paciente que antes era tratado pela doença deixando de lado sua subjetividade, passava então a ser o núcleo central. Assim sendo, suas angústias, medos e questionamentos eram prioridades, a saber, por parte dos profissionais, pois escutar era o primeiro passo para um tratamento adequado e eficaz (AMARANTE, 2006).

Influenciada no Brasil pelo modelo italiano Basagliano de desinstitucionalização na psiquiatria, este movimento iniciou com o intuito de buscar alternativas para o cuidado, tratamento e reabilitação do paciente com transtorno psíquico, visando à substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial por ambientes mais “familiares” de cuidado (AMARANTE, 2006).

A Constituição de 1988 instituiu o federalismo no Brasil e os municípios passaram a compor, com os estados e a União, a estrutura trina federativa do país. Dessa forma, os governos municipais, agora com liberdade de poder local para o provimento de bens e serviços detêm elevada autonomia decisória. Esta “alforria” proporcionou a disseminação da reforma, antes concentrada devido à fragmentação federativa do país, em uma política pública nacional (COSTA, 2011).

No Brasil, o ano 1987 marcou o movimento pela saúde mental, pois foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, e em São Paulo aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo lema foi: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” (AMARANTE, 2006).

Neste mesmo ano surge o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil em São Paulo, um meio termo entre o hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental, seguindo a linha da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Com esta primeira experiência houve uma multiplicação dos CAPS e dessa forma o modelo de atenção psicossocial passa a substituir o arquétipo centrado nos hospitais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Defensor pela reformulação na área da saúde mental, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, sugere uma Lei que propõe a extinção progressiva dos manicômios por uma atenção mais integrada à pessoa com sofrimento psíquico. Essa Lei, no entanto, só foi sancionada em 2001, ou seja, doze anos após estar em tramitação no Congresso Nacional, dessa forma entrou em vigor a Lei 10.216 impulsionando e fazendo crescer o movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2006).

No ano de 2002 foi recomendada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos do SUS (MS, 2001). Neste mesmo ano o número de leitos disponíveis nos hospitais psiquiátricos era de 51.393, com o processo de expansão da rede de atenção à saúde mental, ocorreu ao longo destes anos o fechamento de forma pactuada e programada, hoje o número de leitos equivale a cerca de 30% do total de 2002 (BRASIL, 2011).

Regulamentado pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro 2002, os CAPS devem constituir-se no principal serviço na reestruturação do modelo assistencial em saúde mental brasileiro que visa à superação manicomial. Com a redução dos leitos psiquiátricos e o surgimento de novas estratégias, começa a estruturação da rede de atenção à saúde mental onde o núcleo central é formado pelo CAPS que é sustentado pelos vínculos familiares e sociais, interligada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Prontos-Socorros Gerais e efetivada pelos CAPS AD (álcool e drogas), CAPS i (infanto-juvenil), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospitais Gerais, Instituições de Defesa dos Direitos do Usuário e Centros Comunitários (BRASIL, 2002).

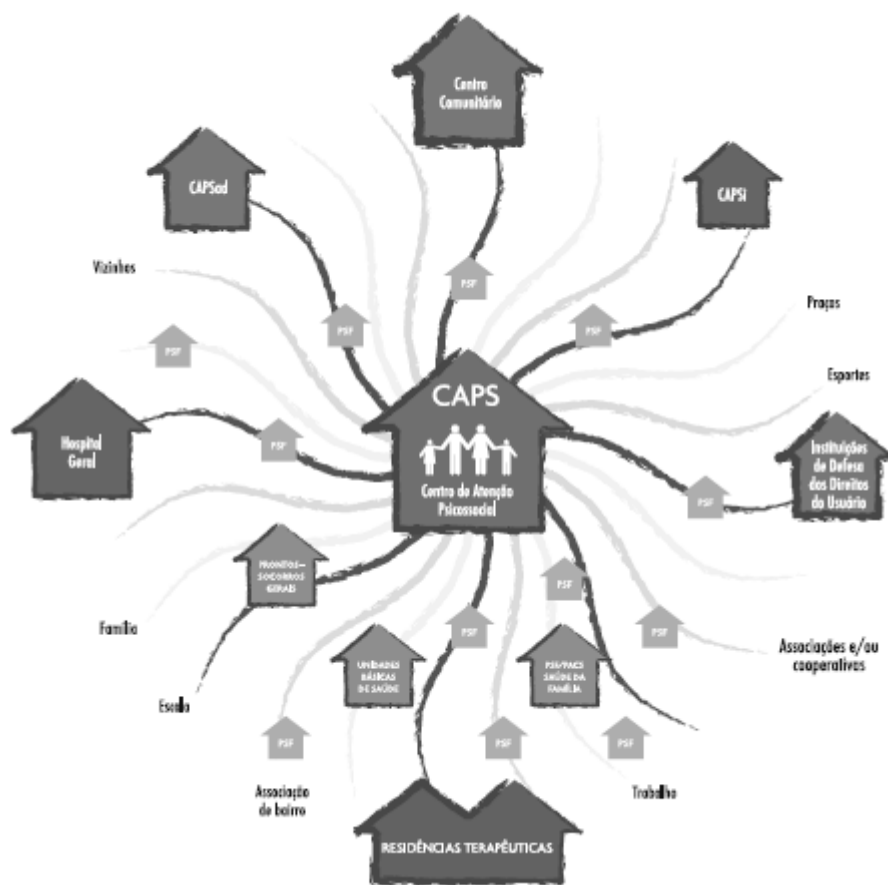
O objetivo do CAPS é realizar o atendimento às pessoas (adultos, crianças e adolescentes) com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os usuários de substâncias psicoativas. Sendo assim, é importante que os usuários saibam que a proposta de atendimento do CAPS é diferenciada dos hospitais psiquiátricos já que é um espaço de liberdade e cooperação mútua (BRASIL, 2002).

Os CAPS também realizam atendimento às famílias, assembleias, reuniões, atendimento individual e em grupo. Os atendimentos são particularizados, cada usuário possui um projeto terapêutico individual (PTI). Assim, é elaborado um plano assistencial que varia entre os indivíduos dependendo da sua necessidade. Além disto, as pessoas que não puderem comparecer ao CAPS poderão solicitar apoio da equipe (BRASIL, 2002).

A visita domiciliar é de suma importância visto que proporcionará auxílio tanto para o usuário quanto para seus familiares, pois conhecer o ambiente de moradia facilita criar meios de suporte e cuidado integral já que os profissionais terão a oportunidade de conhecer mais profundamente as necessidades individuais de cada paciente (KANTORSKI et al, 2011).

Considera-se necessário que as equipes de atendimento sejam interdisciplinares e fortalecidas dentro dos CAPS, pois evidências mostraram benefícios às pessoas com transtornos mentais quando realizadas intervenções conjuntas de cuidado das diversas áreas do conhecimento já que cada profissão tem algo e muito a acrescentar já que assim proporciona inúmeras formas de tratamento (COIMBRA et al, 2010).

Figura 1 - Rede de Atenção à Saúde Mental



Fonte: Brasil. 2004

Dessa forma, é preciso que estas equipes também estejam articuladas com a rede de apoio para facilitar o atendimento imediato e o progresso dos necessitados. Conhecer os lugares disponíveis na comunidade é necessário para que possam ser realizadas ações de promoção e prevenção. Com isso, diminuirá o preconceito existente na sociedade, pois os indivíduos com transtorno psíquico compartilharão com todos dos espaços abertos antes “proibidos” (KANTORSKI, 2011).

Outo fator de extrema relevância para o processo de cuidado nos CAPS é que seja preconizado o modelo com múltiplas portas de entrada e não o modelo piramidal de atenção em saúde que simboliza o topo com as relações de poder e hierarquia. O acolhimento dar-se-á melhor quando o atendimento se realizar na lógica do modelo circular (JARDIM; CARTANA; KANTORSKI; QUEVEDO, 2009).

Os CAPS tornam-se dessa forma o elemento mediador e principal desta rede que fortalece e sustenta o processo de assistência à saúde mental, pois é um serviço “de portas abertas” que busca oferecer atendimento diferenciado dos antigos manicômios às pessoas com sofrimento psíquico, já que tem por objetivo a reinserção social dos usuários visando o fortalecimento dos laços com os familiares e também com a comunidade (BRASIL, 2004).

Com a criação da portaria 336/2002 é notório o crescimento dos CAPS visto que, quando promulgada a Lei 10.216, em 2001, a oferta nacional era de apenas 295 unidades, atualmente a rede de saúde mental conta com 1650 CAPS. Este fato está aliado à cooperação federativa, aos incentivos locais, aos recursos próprios locais juntamente e aos objetivos claros de assumir a saúde mental como uma política local, favorecendo assim a reforma psiquiátrica (COSTA, 2011; BRASIL, 2011).

Provavelmente muitos usuários não consigam retornar aos seus antigos trabalhos e/ou atividades. Porém, há uma vasta possibilidade de alternativas que possibilitam estruturar os saberes e práticas na atenção em saúde mental de forma a buscar os conhecimentos e potencialidades de cada um individualmente (KANTORSKI et al, 2009).

Para finalizar, é importante salientar que cada indivíduo faça sua parte para ajudar na luta antimanicomial, tanto os profissionais e estudantes, quanto os usuários, familiares, comunidade e gestores em geral para que este movimento em busca de práticas humanitárias, saudáveis, acolhedoras e eficaz de tratamento possa se tornar realidade absoluta de cuidado às pessoas com transtornos psíquicos e que as práticas manicomiais sejam apenas capítulos de livros ultrapassados que ficaram apenas na nossa memória. É importante neste momento quebrar o rótulo de louco e ver o indivíduo na sua integralidade, explorar o seu melhor e fortalece-lo para que ele possa trilhar o seu caminho sem medo (BRASIL, 2004; AMARANTE, 2006; KANTORSKI et al, 2009; KANTORSKI, 2007,2011).

4.3 Avaliação em Serviços de Saúde Mental

Para a avaliação em saúde, diversos autores concordam e divergem sobre o assunto. Porém, todo e qualquer processo avaliativo é válido, pois propiciará agregar questões e dúvidas pertinentes a um determinado contexto com o intuito de questionar o significado de sua existência. Além do mais, é preciso frisar que todo o processo avaliativo tem um interesse em foco, e assim a escolha do método avaliativo dependerá em grande parte dos recursos humanos e econômicos disponíveis pelos avaliadores.

A avaliação de programas públicos emerge após a Segunda Guerra Mundial com o intuito de verificar os investimentos realizados pelo Estado. Assim, diversas foram as inovações criadas e realizadas nesta área que possibilitaram “analisar as vantagens e os custos de programas” (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A avaliação em saúde é uma forma de auxiliar a gestão na tomada de decisão, pois sendo altos os gastos com a atenção em saúde, é preciso estabelecer medidas que auxiliem e beneficiem tanto os usuários quanto os gestores. Assim, para definir como será distribuído e gastos os recursos, se faz necessário analisar os serviços visando entender as necessidades locais e com isso adotar os melhores métodos para a construção e organização dos serviços (TANAKA; MELLO, 2000).

Para os autores Guba e Lincoln (1989) a avaliação foi historicamente dividida em quatro gerações. A primeira geração refere-se à mensuração, ou seja, nesta fase a proposta da avaliação é medir toda e qualquer forma de componente. A segunda geração recomenda que a avaliação seja realizada através do método descritivo, levando a superação da geração anterior, pois além de estimar os resultados ela descreve todo o processo. O julgamento faz parte da terceira geração, nesta fase, o avaliador torna-se responsável por elencar o certo e o errado com base em propostas já estabelecidas. A quarta geração se propõe a compreender, discutir e validar os achados.

O processo hermenêutico e dialético é uma avaliação proposta por Guba e Lincoln (1989). O objetivo desta técnica é o aprofundamento contido nas informações das diversas opiniões formadas pelos entrevistados e entrevistador com o intuito de chegar a uma solução satisfatória que favoreça ambas as partes. Por

apresentar uma metodologia cíclica, sempre é possível dar continuidade ao processo e assim garantir um maior conhecimento dados obtidos.

Para a organização em saúde, Donabedian (1988) descreveu a tríade Estrutura, Processo e Resultado como sendo um método efetivo para avaliação da qualidade dos serviços. Este método de avaliação possui conceitos fundamentais que podem orientar estratégias mais efetivas na organização dos serviços. A estrutura corresponde aos recursos mais sólidos da assistência em saúde; são os aspectos relacionados quanto à organização dos recursos físicos, humanos e financeiros. O processo, segundo este autor, é desenvolvido através das atividades exercidas em conjunto pelos profissionais e usuários. Assim, o resultado é a finalização desse processo que envolve as transformações necessárias para a sistematização em saúde. A estrutura para o autor é de extrema importância, pois dependerá dela o resultado final da avaliação visto que ela é fundamental para a organização em saúde já que engloba diversos elementos que são essenciais para o cuidado.

Figura 2 - Fluxograma exemplificando a tríade para a avaliação dos serviços em saúde.



Fonte: Donabedian, 1988.

Para realizar uma avaliação em saúde é necessário que a rede do serviço seja conhecida, pois para integralizar o cuidado é importante aumentar a “efetividade e a eficiência dos sistemas” já que unir forças proporcionará maiores recursos e melhor desempenho em subsídios para a saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

É de censo comum que avaliações são importantes no sistema de saúde, porém para determinar o porquê, para que, e por quem serão realizadas é necessário que todos os grupos envolvidos escolham a melhor maneira de fazê-la, pois não basta executar uma avaliação sem um objetivo concreto que contribua e satisfaça de forma real todos os envolvidos. Um sistema de saúde só funcionará se todos trabalharem em conjunto unindo esforços e estabelecerem um método comum de avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Segundo os artigos 196 da Constituição Federal de 1988: “A melhoria da atenção à Saúde Mental tornou-se diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela quase totalidade do tratamento psiquiátrico” (BRASIL, 2005). Com isso, é imprescindível que sejam realizadas avaliações em saúde mental, ou para melhorar o atendimento integral ou para reforçar as ações que são necessárias para o sistema se efetivar, pois de acordo com a OMS (2001) em algum momento da vida 12% da população mundial precisará deste tipo de atendimento.

Os CAPS são serviços essenciais que fazem parte da estrutura da rede em saúde mental de forma a garantir atenção em todos os níveis assistenciais. Assim, avaliações constantes precisam ser realizadas nestes locais contemplando as relações estruturais que mantêm a rede destes serviços já que existem portarias regulamentadas para garantir um serviço de qualidade (ONOCKO et al, 2009).

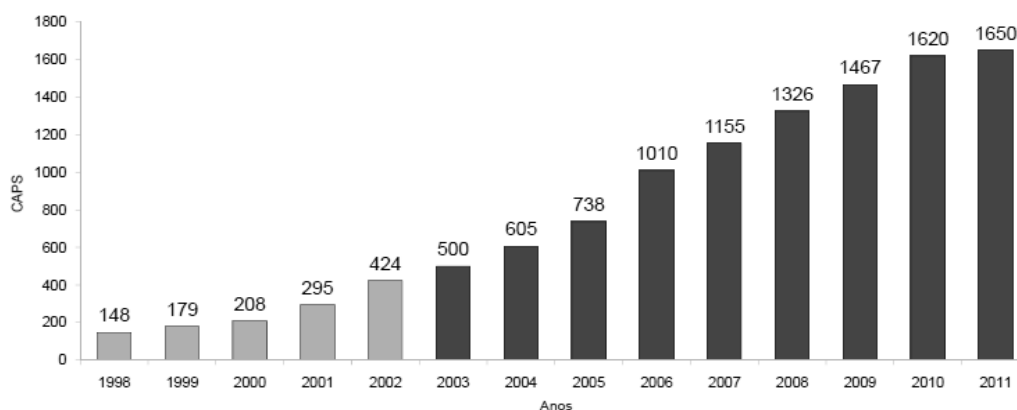
Com a criação dos serviços substitutivos na saúde mental, a avaliação nesta área também passa por transformações, já que com a mudança estrutural e assistencial, novas variáveis emergem e dessa forma novos parâmetros de avaliação também. Para a construção destas propostas torna-se essencial incluir todos os envolvidos neste processo, como os usuários, familiares, profissionais, coordenadores e gestores, pois a avaliação deve ser “participativa” a fim de diferenciar as novas práticas das velhas (AMARANTE, 2003).

Pesquisas realizadas por Amarante (2003) e Kantorski (2008) referem que tanto as avaliações qualitativas quanto as quantitativas são importantes na área da saúde de mental. A utilização de uma abordagem epidemiológica de avaliação de estrutura, processo e resultado com base em Donabedian ou uma avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutica e dialética com base em Guba e Lincoln ou ainda a realização de grupos focais são avaliações que se diferenciam por seu referencial teórico, porém todas tem um propósito especial em comum: avaliar a saúde mental.

Sendo elementar para o planejamento do processo saúde-doença, a avaliação é muito recomendada, porém sua prática ainda é insuficiente e sua utilização para a tomada de decisões é escassa. Alguns estudos são realizados, porém registros contendo informações importantes muitas vezes são arquivados e seus dados nunca divulgados (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Sendo assim, é preciso que as avaliações realizadas nos serviços não fiquem na obscuridade, já que informações buscadas e analisadas em saúde são importantes armas para o direcionamento de programas e ações, pois além de propiciarem o conhecimento de dados concretos poderão auxiliar em alternativas que busquem a melhor estratégia de promover a saúde. Dessa forma, avaliar em saúde mental torna-se uma ferramenta de apoio fundamental nesta luta em detrimento dos CAPS, que apresentaram em 2011 um elevado crescimento em substituição aos hospitais psiquiátricos como ilustra o gráfico abaixo (BRASIL, 2011).

Figura 3- Crescimento dos CAPS no Brasil



Fonte: BRASIL, 2011.

Avaliar os serviços de saúde, em especial os de saúde mental, se justifica devido ao fato que há novos serviços substitutivos em implementação que cuidam dos pacientes com transtornos psíquicos e sendo dever do Estado a garantia pelo direito à saúde considera-se necessário (re)conhecer estes locais de forma a identificar eventuais problemas e dificuldades (SILVEIRA et al, 2008).

O SUS a partir de 2004 realiza avaliações através do PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde) e dentro da saúde mental existe um programa destinado a avaliar as “ações de atenção à saúde mental”. É necessário reforçar que avaliações como estas são importantíssimas para compor o sistema já que o governo está investindo massivamente com projetos e programas nesta área que é tão importante para a saúde da população como podemos demonstrar na figura abaixo (MS, 2004).

Figura 4 - Gastos com Programas de Saúde Mental de 2002 a 2010.

Gastos Programas de Saúde Mental*	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ações e programas extra-hospitalares	153,31	226,00	287,35	406,13	541,99	760,99	871,18	1.012,35	1.280,60
Ações e programas hospitalares	465,98	452,93	465,51	453,68	427,32	439,90	458,06	482,83	534,25
Total	619,29	678,94	752,85	859,81	969,31	1.200,37	1.329,24	1.495,18	1.814,85

*em milhões de reais

Fonte: BRASIL, 2011.

O PNASS ainda não contempla todos os locais e regiões, isto se deve provavelmente pelo aumento dos serviços extra-hospitalares ainda em implantação, dessa forma é preciso que os pesquisadores envolvidos na área da saúde mental desenvolvam projetos de forma a avaliar o máximo de serviços existentes para que assim, possamos compreender a melhor maneira de organizá-los visando um atendimento de qualidade para os atores envolvidos (BRASIL, 2004).

5 Metodologia

Esta pesquisa é um recorte da pesquisa CAPSUL II (2011) que tem por objetivo Avaliar os Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Este estudo é uma segunda edição já realizada em 2006 e constitui-se de uma proposta de metodologia quantitativa (abordagem epidemiológica) e de metodologia qualitativa (Avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutica e dialética). A pesquisa CAPSUL II foi apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Faculdade de Enfermagem da UFPel.

5.1 Delineamento da pesquisa

Para esta pesquisa o delineamento proposto é de um estudo descritivo, a amostra prevista será composta por 328 CAPS, ou seja, farão parte deste estudo todos os CAPS da Região Sul do Brasil conforme levantamento realizado através da gestão 2010 do CNES (APÊNDICE B).

5.2 Amostra

A amostra prevista inclui todos os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil. Sendo, 152 coordenadores do Estado do Rio Grande do Sul, 76 coordenadores de Santa Catarina e 100 coordenadores do Estado do Paraná.

Figura 5: Mapa da Região Sul do Brasil



Fonte: <http://tibogetesc.blogspot.com.br/p/mapa-da-regiao-sul-do-brasil.html>

Figura 6: Distribuição dos CAPS da Região Sul do Brasil conforme levantamento realizado através da gestão 2010 do CNES.

Estado	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSad	CAPSi	Total de Serviços
RS	65	40	0	20	27	152
SC	45	12	2	11	6	76
PR	43	23	2	24	8	100
Total	153	75	4	55	41	328

Fonte: CAPSUL, 2011.

5.3 Variáveis do estudo

As variáveis para este estudo foram retiradas do módulo I do instrumento do coordenador utilizado na pesquisa CAPSUL II as quais foram estabelecidas de acordo com as características referentes à organização do serviço (APÊNDICE C).

5.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados, está sendo utilizado o instrumento do coordenador utilizado na pesquisa CAPSUL II, 2011 (Anexo B) o qual foi construído a partir das orientações preconizadas pela Portaria 336/2002, incluindo-se condições de eficiência do serviço com relação à estrutura que são as seguintes:

- Área física (ambiência; funcionamento em geral).
- Recursos humanos (coordenadores; profissionais; estagiários).
- Recursos materiais (equipamentos; medicamentos; projeto terapêutico).

O instrumento foi planejado para obter, além das variáveis de interesse para este estudo, informações sobre as características sócio-demográficas, comportamentais e de satisfação com o serviço.

5.5 Procedimento para coleta de dados

Os dados estão sendo coletados através de um questionário eletrônico individual auto-aplicado através do Sistema FormSUS 3.0.

Para o envio dos instrumentos foi necessário primeiramente obter o endereço de correio eletrônico dos coordenadores dos CAPS. Para encontrar esta informação entrou-se em contato com os 328 CAPS da Região Sul do Brasil por telefone.

Após este primeiro contato, os instrumentos começaram a ser enviados eletronicamente em junho de 2011. O instrumento é composto pela carta de apresentação da pesquisa (ANEXO B), a aprovação pelo comitê de ética (ANEXO C), o convênio do Ministério da Saúde e a UFPel (ANEXO D) e também foram fornecidas instruções para cadastramento e preenchimento do questionário no sistema eletrônico FormSUS 3. O FormSUS é um serviço de uso público, com Normas de Utilização definidas, compatíveis com a Legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS.

A partir do cadastramento, o sistema eletrônico FormSUS 3.0 envia automaticamente um endereço de acesso via internet para o correio eletrônico dos coordenadores. O questionário que será respondido foi dividido em três módulos (I, II e III), os quais estão sendo enviados e respondidos separadamente. Este processo, de acordo com o Ministério da Saúde, torna mais ágil o recebimento, o preenchimento e a devolução, evitando perda de informação e possibilitando mais rapidez no tratamento dos dados.

5.6 Controle de qualidade

O controle de qualidade está ocorrendo em todas as etapas da coleta de dados através da checagem eletrônica no sistema FormSUS 3.0 de todos os questionários. Os coordenadores que não responderam alguma parte do questionário estão sendo contatados novamente por telefone e/ou correio eletrônico.

5.7 Análise dos dados

A análise dos dados será descritiva. Esta análise será realizada através de um aplicativo estatístico. Abaixo está representado o modelo para a análise de avaliação através da Adequação dos recursos de estrutura dos CAPS à Portaria 336/2002.

6 Aspectos éticos

A Pesquisa CAPSUL II (2011) foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel, sob o Protocolo de número 017/2011 (Anexo C). Os participantes foram informados a respeito da pesquisa, optando ou não em participar. Este consentimento era visualizado na tela inicial do questionário. Os usuários que optassem em participar deveriam assinalar o “sim”.

7 Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão apresentados na defesa de dissertação de mestrado do programa de Pós-graduação da Enfermagem UFPel, assim como submetidos a periódicos para publicação e também serão encaminhados a eventos científicos na área de enfermagem e afins.

8 Orçamento

Tabela 1 - Recursos necessários para realização da Pesquisa CAPSUL II.

Recurso	Valor total
Materiais de Consumo	
Cartuchos impressora laser; Pilhas pequenas (alcalinas); Mochila, prancheta, papel, caneta, CD, folhas, pastas, crachás, pranchetas, almofada de carimbo, cartolina, fita adesiva, grampeador, e demais materiais de expediente.	R\$ 150.000,00
<u>OBS:</u> o material de consumo consiste nos cartuchos para impressão dos instrumentos de pesquisa, relatórios, artigos, pôster, entre outros; ainda as fitas cassetes e pilhas para gravação do material de campo.	
Passagens e diárias nacionais	
Passagens para as cidades em que se realizará a coleta de dados (pesquisa de campo). Para participar das reuniões da equipe de pesquisadores, das oficinas e capacitações para a pesquisa. Para divulgar resultados da pesquisa.	R\$ 40.000,00
Diárias	
<u>OBS:</u> solicitado passagens e diárias para o deslocamento dos pesquisadores, coleta de dados, para o trabalho de campo, participação de reuniões, capacitações, oficinas e divulgação de resultados da pesquisa.	R\$ 140.000,00
Serviços de terceiros	
Serviços técnicos	R\$ 150.000,00
Auxílio de editoração	R\$ 20.000,00
<u>OBS:</u> Serviço técnico em informática para execução dos trabalhos de reparo e manutenção de equipamentos de informática disponíveis para utilização na pesquisa. Serviço técnico para confecção de pôsteres e/ou painéis para apresentação de trabalhos científicos. Suporte técnico de especialistas, em programação, em assessoria técnica, qualificação de pesquisadores. Auxílio na editoração de material gráfico tipo livro, relatório, material didático, entre	

outros. Serviço técnico de coletadores de dados para realizar trabalho de campo remunerados mediante bolsa de pesquisa em valores equivalentes a tabela do CNPq.

Total global do projeto

R\$ 500.000,00

Recursos financiados pelo Ministério da Saúde.

9 Cronograma

Tabela 2 – Cronograma das etapas para elaboração da dissertação.

Etapas	1ºSemestre 2011	2ºSemestre 2011	1ºSemestre 2012	2ºSemestre 2012	1ºSemestre 2013
Construção do projeto	X	X			
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X
Qualificação do projeto			X		
Coleta de dados	X	X	X	X	
Análise dos dados				X	
Defesa da dissertação					X

Fonte: Elaborado pela autora, 2012.

Referências

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.491-494, set. 1995.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Mente e Cérebro**. São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 1, n.1, jan./abr. 2009.

BONITA, R.; Beaglehole, R.; Kjellström, T. **Epidemiologia básica**. [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010. 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/ 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 7**. Brasília.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. **Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. n. 9, jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. PNASS**. Ed.2004/2005. 69p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1.ed. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 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**. 2011.

CAPSUL. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório de pesquisa. Pelotas, 2007.437p.

CAPSUL II. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: projeto de pesquisa. Pelotas, 2011.89p.

- 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**, São Paulo, v.43, p.16-22, ago. 2009.
- CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COIMBRA, Valéria. KANTORSKI, Luciane. Atenção psicossocial no sistema único de saúde. In: **Gestão em saúde mental: uma experiência regional**. Pelotas: PREC UFPel, 2010. p. 327-335.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-711. 2006.
- COSTA, N.R.; SIQUEIRA, S.V.; UHR, D.; SILVA, P.F.; MOLINARO, A. A reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 n.12. Dez. 2011.
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.60-70. 2007.
- DONABEDIAN, Avedís. **La calidad de la atención médica: definición y metodos de evaluación**. Ediciones científicas. La Prensa Medica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194p.
- DONABEDIAN, Avedís. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, México, v.260, n.12, p.1734 –1748. 1988.
- FIRMINO, Hiram. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. 551p.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- GIUSTI, C. L. L.; GOMES, Z.M.F.; OLIVEIRA, A.A.; ZIBETTI, C.D.D. **Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos**: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2006. Disponível em: <<http://www.ufpel.tche.br/prg/sisbi>> Acesso em: 10 jan. 2012.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. 312p.
- GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p.294.
- GUBA, E; LINCOLN, Y. **Effective Evaluation. Improving the Usefulness of Evaluation Results Through Responsive Naturalistic Approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Pub. 1985.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2. 2004.

JARDIM, V.M.R.; CARTANA, M.H.F.; KANTORSKI, L.P.; QUEVEDO, A.L.A. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto e Contexto em enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, abr./jun. 2009.

KANTORSKI, Luciane. A Reforma Psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 8 fev. 2012.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; DEMARCO, D.A.; ESLABÃO, A.D.; NUNES, C.K.; GUEDES, A.C. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. **Journal of nursing and health/revista de enfermagem e saúde** [da] Universidade Federal de Pelotas, v.1 n.1. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/view/36>> Acesso em: 10 out. 2011.

KANTORSKI, Luciane. **REDESUL. Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial: relatório Final**. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Pelotas, 2011. 418p.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, F.R.; HECK, R.M.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHWARTZ, E. ; COIMBRA, V.C.C.; LANGE, C.; SOUSA, A.S. Contribuições Do Estudo De Avaliação Dos Centros De Atenção Psicossocial Da Região Sul Do Brasil. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental** [da] Universidade de Santa Catarina, v.1, n.1, Jan./abr. 2009.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B; TEIXEIRA JÚNIOR, S. O Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 87-105, mar./jun.2008.

KANTORSKI, L.P.; WETZEL, C. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista texto e contexto**, Santa Catarina, v.13, n.4, p. 593-598, out./dez. 2004.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. 206p. Disponível: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acesso em: 24 out. 2011.

SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf> Acesso em: 12 out. 2011.

SILVEIRA, L.M.; SILVA, M.L.S.; SILVA, M.R.F.; ALMEIDA, A.N.S.; ALENCAR, M.N. Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**. v. 1, p. 59-70, 2008.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface**, Botucatu, v.4, n.7, ago. 2000.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

Apêndices

APÊNDICE A - Revisão integrativa sistematizada

Título	Autor	Ano/País	Periódico	Metodologia/Delineamento	Sujeitos	Resultados/Discussões
Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP.	Andréia de Fátima Nascimento; Ana Tereza Costa Galvanese	2009/ Brasil	Revista de Saúde Pública	Observações etnográficas e entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos serviços. Para a abordagem dos resultados foi conduzido um estudo de coorte envolvendo os usuários intensivos dos serviços.	21 CAPS	Os CAPS apresentaram grande heterogeneidade de organização e funcionamento. Na dimensão estrutural, observou-se diversidade de instalações físicas. A composição das equipes também era heterogênea
Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro	Jacó Fernando Schneider ; Marcio Wagner Camatta ; Cíntia Nasi ; Angélica Nickel Adamoli ; Luciane Prado Kantorski.	2009/ Brasil	Ciencia y enfermería	Pesquisa qualitativa, por meio da Avaliação de Quarta Geração. Abordagem hermenêutico-dialética. Foram realizadas observações e entrevistas	Usuários, familiares e membros da equipe de saúde	Os usuários relatam que o CAPS possui uma estrutura física inadequada, embora ofereça um atendimento resolutivo que possibilita integração entre as pessoas por meio de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atividades culturais e assembléia de usuários e familiares. Apesar de haver possibilidade de participação de familiares no serviço, eles sentem-se pouco inseridos no CAPS. Os profissionais consideram importante o planejamento e a realização de reuniões na estruturação do seu trabalho.
Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental	Luciane Prado Kantorski; Christine Wetzels Agnes Olschowsky; Vanda Maria da Rosa Jardim; Valquiria de Lourdes Machado Bielemann; Jacó Fernando	2009/ Brasil	Interface	Pesquisa qualitativa, por meio da Avaliação de Quarta Geração, com a realização de cinco estudos de caso. Foram realizadas observações e entrevistas e oficinas	Usuários, familiares e membros da equipe de saúde	Percebe-se neste estudo pouca tradição que equipe, usuários e familiares têm em discutir seus problemas e dificuldades de forma coletiva no cotidiano dos serviços. Onde existiam dispositivos de participação - como reuniões, assembléias, conselho gestor

	Schneider					local, associações de usuários, entre outros – percebeu-se maior facilidade dos grupos no levantamento de problemas da sua realidade, discutindo e problematizando os mesmos à luz do paradigma psicossocial
Avaliação do processo da assistência nutricional no pré-natal em sete unidades de saúde da família do Município do Rio de Janeiro	Roberta Pereira Niquini; Sonia Azevedo Bittencourt; Maria do Carmo Leal	2010/ Brasil	Dissertação – Fundação Oswaldo Cruz	Estudo transversal com observação direta da estrutura e entrevistas.	Sete unidades de saúde da família e gestantes	Os resultados apontam para uma grande necessidade de assistência nutricional na população atendida pelas sete unidades de saúde da família avaliadas, visando obter melhores desfechos materno-infantis. Os profissionais da equipe mínima e do NASF devem compartilhar seus conhecimentos, permitindo uma visão ampliada da saúde a partir do trabalho multidisciplinar, em direção a uma assistência integral à saúde da população.
Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu	Agnes Olschowsky; Cecília Helena Glanzner; Fernanda Barreto Mielke; Luciane Prado Kantorski; Christine Wetzel	2009/ Brasil	Revista da escola de enfermagem da USP	Pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração.	Equipe CAPS, usuários e familiares	As equipes do CAPS constituem-se de atores diversos que, no seu cotidiano, têm inventado outros modos de funcionar, organizar e articular a atenção em saúde mental, considerando também a construção de ambientes saudáveis.
Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido	Michelly Kim de Oliveira Rosa ¹ ; Maria Aparecida Munhoz Gaíva	2009/ Brasil	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Revisão de literatura, teórico-reflexiva	Recém-nascido	Esta reflexão apresenta-se como uma possibilidade inicial na discussão da questão, reforçando a necessidade de se avançar na reflexão em torno dos métodos de avaliação da

						qualidade do atendimento ao recém-nascido
Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros	Andréa da Luz Carvalho, Paulo Amarante	1996/ Brasil		Revisão de literatura teórico-reflexiva	Serviços de Saúde mental	Para a avaliação em saúde mental, deve-se aplicar mecanismos que não sejam um conjunto de normas ou de indicadores rígidos e universais, mas sim de referências e indicativos constituindo-se em um processo regular de exercício e construção da intervenção do pesquisador na realidade
Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial	Luciane Prado Kantorski; Valéria Cristina Christello Coimbra; Emília Nalva Ferreira da Silva; Ariane da Cruz Guedes; Jandro Moraes Cortes; Fernanda dos Santos	2011/ Brasil	Ciência & saúde coletiva	Avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêutico-dialética	Equipe, usuários e familiares CAPS da Cidade de Alegrete.	A questão da ambiência consiste num dos aspectos fortes na avaliação do Caps de Alegrete os três grupos de interesse, usuários, familiares e equipe do Caps, avaliam a estrutura física, material, alimentação, segurança e transporte, enfatizando aspectos pertinentes à qualidade do espaço social, profissional e relacional proporcionado por um serviço que acolhe, faz vínculo, conforta, se responsabiliza por pessoas em sofrimento psíquico
Consequences of intangibility in the management of new mental health services	Marcia Terra da Silval Selma LancmanII Carolina Maria do Carmo AlonsolIII	2009/ Brasil	Revista de Saúde Pública	Estudo de caso através de observação simples e entrevistas	Trabalhadores do CAPS do serviço, entrevistados com trabalhadores do CAPS e	Constataram-se inadequação e insuficiência dos modelos de gestão em saúde para acolher um serviço inovador, tão complexo e que apresenta resultados tão pouco definidos. Esse estudo indicou o caráter intangível das atividades do CAPS, pois não basta contabilizar usuários atendidos ou atendimentos

						realizados, é necessário ir além e considerar a complexidade inerente aos objetivos previstos para esse serviço
WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: Collecting Essential Information for Policy and Service Delivery	Shekhar Saxena, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Thomas Barrett, Jodi Morris, Benedetto Saraceno.	2007, Switzerland.	Psychiatric services			Países serão capazes de desenvolver com base na informação política de saúde mental e planos com informações básicas e metas claras. Além disso, eles serão capazes de monitorar o progresso na implementação de políticas de reforma, prestando serviços de comunidade, e envolvendo consumidores, famílias e outras partes interessadas na promoção de saúde mental, prevenção, assistência e reabilitação
Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation	Paula CS, Duarte CS, Bordin IA	Brasil/ 2007	Revista Brasileira de Psiquiatria	Estudo transversal	Crianças / adolescentes	A prevalência de problemas de saúde mental na infância e adolescência é alta na comunidade estudada, bem como em outras áreas de baixa renda da América Latina e no Caribe
A strategic approach to the psychiatric workforce dilemma. Faulkner LR, Scully JH Jr, Shore JH. Source	Larry R. Faulkner, James H. Scully, Jr., James H. Shore	1998	Psychiatric services	Estudo com abordagem multidimensional	Médicos Psiquiatras	A participação de diferentes profissionais de saúde mental na avaliação e tratamento da doença mental é necessária para a prestação de tratamentos específicos para diferentes tipos de pacientes
A survey of mental health service coverage within	Bruce Lubotsky Levin, Jay H. Glasser	1979/ USA	American Journal of Public Health	Estudo Descritivo	Serviços de Saúde Mental	A utilização de serviços ambulatoriais em saúde mental foram maiores que nos hospitais quando

health maintenanc e organizatio ns						comparado com as formas mais tradicionais de cobertura de seguro saúde
--	--	--	--	--	--	--

APÊNDICE B – Distribuição dos CAPS da Região Sul do Brasil

Distribuição dos CAPS do Rio Grande do Sul: total de 152

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS i
Arroio Grande	Alegrete		Alegrete	Alegrete
Bento Gonçalves	Alvorada		Alvorada	Alvorada
Boa Vista do	Augusto Pestana		Bento Gonçalves	Bagé
Cadeado	Santo Ângelo		Canguçu	Cachoeirinha
Caçapava do Sul	Bagé		Canoas - Nordeste	Canoas – Arco Iris
Cachoeirinha -	Cachoeira do Sul		Canoas - Travessia	Canoas - SACAV
CAPS	Canoas		Caxias do Sul	Caxias do Sul
Cachoeirinha – USM	Capão da Canoa		Erechim	Gravataí
Camaquã	Carazinho		Farroupilha	Ijuí
Campo Bom	Caxias do Sul		Gravataí	Lajeado
Candelária	Erechim Guaíba		Nova Palma	Novo Hamburgo
Canela	Esteio		Novo Hamburgo	Porto Alegre -
Canguçu	Gravataí		Passo Fundo	Harmonia
Capão do Leão	Ijuí		Pelotas	Porto Alegre –
Cruz Alta	Novo Hamburgo -		Porto Alegre - IAPI	HCPA
Dois Irmãos	Canudos		Porto Alegre – V.	Porto Alegre -
Dom Pedrito	Novo Hamburgo –		Nova	HNSC
Encantado	Casa de SM		Rio Grande	Rio Pardo
Encruzilhada do Sul	Novo Hamburgo –		Santa Cruz do Sul	Santa Cruz do Sul
Estancia Velha	Sto Afonso		Santa Maria	Santa Maria
Estrela	Passo Fundo		Santiago	Santo Ângelo
Farroupilha	Pelotas - Baronesa		Santo Ângelo	São Lourenço do
Frederico	Pelotas - Castelo		São Lourenço do	Sul
Westephalen	Pelotas - Escola		Sul	Vera Cruz
Giruá	Pelotas - Fragata		São Luiz Gonzaga	
Guaporé	Pelotas - Porto		Sapucaia do Sul	
Igrejinha	Pelotas – Zona		Taquara	
Ijuí	Norte		Venâncio Aires	
Itaqui	Porto Alegre -		Viamão	
Júlio de Castilhos	HCPA			
Lajeado	Porto Alegre - 4			
Montenegro	Porto Alegre - 5			
Nova Petrópolis	Porto Alegre - 8			
Osório – Casa	Porto Alegre -			
Aberta I	HNSC			
Osório – Casa	Rio Grande			
Aberta II	Santa Cruz do Sul			
Panambi	Santa Maria			
Parobé	São Leopoldo			
Piratini	São Luiz Gonzaga			
Porto Xavier	Tramandaí			
Quaraí	Uruguaiana			
Rio Pardo	Venâncio Aires			
Rolante	Viamão			
Rosário do Sul	Viamão			
Santa Rosa				
Santa Vitória do				
Palmar				
Santana do				
Livramento				
Santiago				
Santo Antônio da				
Patrulha				
São Borja				
São Francisco de				
Assis				
São Gabriel				
São Jerônimo				
São José do Norte				
São Lourenço do				
Sul				
São Sebastião do				

Caí São Sepé Sapiranga Taquara Taquari Tenente Portela Torres Três Coroas Três Passos Triunfo Tupanciretã Vacaria Vera Cruz Veranópolis				
65	40	0	27	20

Distribuição dos CAPS de Santa Catarina: total de 76

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS i
Abelardo Luz Águas Doce Araquanguá Brusque Campo Novos Canoinhas Capinzal Cocal do Sul Concórdia Curitibanos Dionísio Cerqueira Forquilha Fraiburgo Garopaba Gaspar Herval D'Oeste Ibirama Içara Imbituba Indaial Itaiópolis Itapema Joaçaba Laguna Mafra Maravilha Navegantes Orleans Palmitos Papanduva Porto União Quilombo Rio do Sul Rio Negrinho São Francisco do Sul São Joaquim São Lourenço do Oeste São Miguel do Oeste Siderópolis Timbó Três Barras Urussanga Videira Xanxerê Xaxim	Bal. Camboriú Blumenau Caçador Chapecó Criciúma Florianópolis Itajaí Jaraguá do Sul Joinville Lages Palhoça Tubarão	Criciúma Joinville	Blumenau Caçador Chapecó Criciúma Florianópolis Florianópolis - Ilha Itajaí Jaraguá do Sul Joinville Lages Tubarão	Blumenau Chapecó Florianópolis Itajaí Joinville Lages
45	12	2	11	6

Distribuição dos CAPS do Paraná: total de 100

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ad	CAPS i
Andará	Almirante	Cascavel	Apucarana	Apucarana
Arapoti	Tamandaré	Londrina	Araucária	Cambé
Bandeirantes	Araucária		Campo Largo	Cascavel
Bela Vista do	Cambé		Cascavel	Curitiba – Boa Vista
Paraíso	Campo Largo		Colombo	Curitiba -
Cambirá	Campo Mourão		Curitiba – Bairro	Pinheirinho
Campina Grande do	Colombo		Novo	Ibiporã
Sul	Cornélio Procopio		Curitiba – Boa Vista	Londrina
Campo magro	Curitiba		Curitiba - Cajuru	Rolândia
Castro	Curitiba - Bigorriho		Curitiba - Matriz	
Chopinzinho	Curitiba – Clin.		Curitiba - Portão	
Cianorte	Afetiva		Curitiba – UMS	
Colorado	Curitiba -Metropolit.		Centro	
Coronel Vivida	Curitiba - Portão		Foz do Iguaçu	
Dois Vizinhos	Fazenda Rio		Guarapuava	
Francisco Beltrão	Grande		Londrina	
Goioerê	Foz do Iguaçu		Maringá	
Ibiporã	Guarapuava		Paranavaí	
Imbituva	Maringá		Pato Branco	
Irati	Pato Branco		Pinhais	
Itaperuçu	Pinhais		Piraquara	
Ivaiporã	Piraquara		Ponta Grossa	
Jacarezinho	Ponta Grossa		Rolândia	
Lapa	Sarandi		São José dos	
Laranjeiras do Sul	Toledo		Pinhais	
Loanda	Umuarama		Toledo	
Mandaguari			Umuarama	
Marialva				
Nova Esperança				
Paiçandu				
Palotina				
Paranaguá				
Paranavaí				
Pinhão				
Pitanga				
Prudentópolis				
Rio Branco do Sul				
Rio Negro				
Rolândia				
Santo Antônio da				
Platina				
Santo Antônio do				
Sudoeste				
Telêmaco Borba				
Terra Boa				
Ubiratã				
União da Vitória				
43	23	2	24	8

APÊNDICE C - Variáveis demográficas e socioeconômicas relacionadas ao perfil dos participantes do estudo.

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
6.	Sexo	Categórica Nominal	Feminino Masculino
8.	Idade	Numérica discreta	Anos
9.	Profissão	Categórica Nominal	Enfermeiro Psicólogo Médico Assistente Social Pedagogo Terapeuta Ocupacional Outro Profissional
11.	Grau de escolaridade	Categórica ordinal	Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino médio incompleto Pós-graduação completa Curso técnico completo Pós-graduação incompleta
12.	Especialização	Categórica	Não Sim. Na área de Saúde Mental Sim. Fora da área de Saúde Mental
14.	Residência	Categórica	Não Sim. Na área de Saúde Mental Sim. Fora da área de Saúde Mental
16.	Mestrado	Categórica	Não Sim. Na área de Saúde Mental Sim. Fora da área de Saúde Mental
18.	Doutorado	Categórica	Não Sim. Na área de Saúde Mental Sim. Fora da área de Saúde Mental
20.	Qual a carga horária neste CAPS	Numérica discreta	Horas/semanais
21.	Há quanto tempo trabalha no CAPS	Numérica	Meses
22.	Trabalha em outro local	Categórica	Não Sim
23.	Carga horária	Numérica	Em horas semanais
25.	Vínculo trabalhista no CAPS	Categórica	CLT Estatutário (concursado) Contrato emergencial /temporário Outro
26.	Vínculo	Categórica	Sim

	empregatício		Não
27.	Ingressou no serviço	Categórica	Concurso Contrato Indicação Outro

Variáveis referente a coordenação do serviço

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
29.	Coordenação/ responsável técnico	Categórica	Não Sim
30.	Existência de gratificação para exercer o cargo de coordenador	Categórica	Não Sim
31.	Valor da gratificação	Numérica	Valor Numérico
33.	Escolha do Coordenador	Categórica	Indicação do Secretário Municipal de Saúde Eleição Outro

Variáveis referentes ao Serviço.

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
41.	Tipo	Categórica	CAPS i CAPS III CAPS I CAPS ad CAPS II CAPS ad III
45.	Territorialidade do CAPS	Categórica	Não Sim
46.	População de referência do serviço	Numérica	Número de habitantes.
48.	O serviço possui projeto terapêutico	Categórica	Não Sim

Variáveis referentes a Estrutura Física.

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
49.	Prédio	Categórica	Alugado Próprio Outro
51.	Área física total (m ²) construída	Numérica	m ²
52.	Nº de leitos	Numérica	até 10
53.	Banheiro	Numérica	Número
54.	Cozinha	Numérica	Número
55.	Refeitório	Numérica	Número
56.	Salas para atendimento individual	Numérica	Número
57.	Salas para atividades coletivas	Numérica	Número
58.	Adequação das salas para a demanda de	Categórica	Não Sim

	atendimentos		
60.	Telefone	Categórica	Não Sim
61.	Computador	Categórica	Não Sim
62.	Acesso à internet	Categórica	Não Sim
63.	Aparelho de som	Categórica	Não Sim
64.	Televisão	Categórica	Não Sim
65.	Videocassete	Categórica	Não Sim
66.	DVD	Categórica	Não Sim
67.	Instrumentos musicais	Categórica	Não Sim
68.	Materiais para pintura/ desenho	Categórica	Não Sim
69.	Jogos/ brinquedos	Categórica	Não Sim

Variáveis referentes a Ambiência.

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
72.	Percepção visual (Cor, iluminação, limpeza, pintura, transito interno)	Numérica	0 = ausência 10 = existência
73.	Percepção sonora (som)	Numérica	0 = ausência 10 = existência
74.	Percepção olfativa (cheiro)	Numérica	0 = ausência 10 = existência
76.	Qualidade e quantidade dos equipamentos	Numérica	0 = ausência 10 = existência
77.	Qualidade e quantidade dos materiais permanentes	Numérica	0 = ausência 10 = existência
78.	Qualidade e quantidade dos materiais de consumo	Numérica	0 = ausência 10 = existência
79.	Adequação para deficiente	Categórica	Não Sim
80.	Acesso por rampas	Categórica	Não Sim
82.	Pátio	Categórica	Não Sim
83.	Horta	Categórica	Não Sim
84.	Jardim	Categórica	Não Sim
85.	Outros espaços externos	Categórica	Não Sim
87.	Existência de	Categórica	Não

	atendimento Ambulatorial		Sim
88.	Atendimentos realizados no último mês	Numérica	Nº

Variáveis referentes aos Recursos Humanos.

Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
90.	Médico generalista	Numérica	Nº (0 a 10)
91.	Neurologista	Numérica	Nº (0 a 10)
92.	Pediatra	Numérica	Nº (0 a 10)
93.	Psiquiatra	Numérica	Nº (0 a 10)
94.	Psicólogo	Numérica	Nº (0 a 10)
95.	Enfermeiro Generalista	Numérica	Nº (0 a 10)
96.	Enfermeiro com formação Saúde Mental	Numérica	Nº (0 a 10)
97.	Assistente Social	Numérica	Nº (0 a 10)
98.	Pedagogo	Numérica	Nº (0 a 10)
99.	Terapeuta Ocupacional	Numérica	Nº (0 a 10)
100.	Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	Numérica	Nº (0 a 10)
101.	Técnico Administrativo	Numérica	Nº (0 a 10)
102.	Técnico Educacional	Numérica	Nº (0 a 10)
103.	Artesão	Numérica	Nº (0 a 10)
104.	Artista Plástico/Arte Educador	Numérica	Nº (0 a 10)
105.	Funcionário da Limpeza	Numérica	Nº (0 a 10)
106.	Cozinheira/copeira	Numérica	Nº (0 a 10)
107.	Jardineiro	Numérica	Nº (0 a 10)
108.	Segurança/Guarda / Vigilante	Numérica	Nº (0 a 10)
110.	Outro Profissional	Categórica	Tipo
111.	Outro profissional	Numérica	Quantos
112.	O usuário possui técnico de referência	Categórica	Não Sim
113.	Técnico de referência para os usuários no serviço	Categórica	114. Médico 115. Psicólogo 116. Enfermeiro 117. Assistente Social 118. Terapeuta ocupacional 119. Técnico ou Auxiliar de Enfermagem 120. Outro Profissional 121. Quais profissionais
122.	Existência de programas de estágios e extensão vinculados ao serviço	Categórica	Não Sim
123.	Áreas de estágios	Categórica	124. Medicina 125. Enfermagem

			126. Psicologia 127. Serviço Social 128. Terapia Ocupacional 129. Artes 130. Outros 131. Quais áreas
--	--	--	---

Variáveis referentes a Medicamentos e Exames.

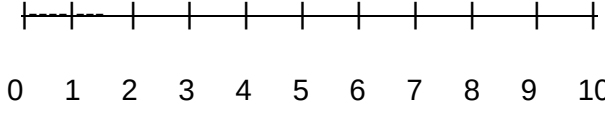
Campo/Questão	Variável	Tipo	Características
133.	Entrega de medicamentos	Categórica	Não Sim
134.	Disponibilidade de medicação para urgência e emergência	Categórica	Não Sim
135.	Fornecimento de medicações prescritas pela Secretaria da Saúde	Categórica	Não Sim
137.	Dextro-anfetamina	Categórica	Não Sim
138.	Clorpromazina	Categórica	Não Sim
139.	Flufenzaina	Categórica	Não Sim
140.	Haloperidol	Categórica	Não Sim
141.	Clozapina	Categórica	Não Sim
142.	Risperidona	Categórica	Não Sim
143.	Biperideno	Categórica	Não Sim
144.	Propranolol	Categórica	Não Sim
145.	Prometazina	Categórica	Não Sim
146.	Amitriptilina	Categórica	Não Sim
147.	Imipramina	Categórica	Não Sim
148.	Nortriptilina	Categórica	Não Sim
149.	Fluoxetina	Categórica	Não Sim
150.	Paroxetina	Categórica	Não Sim
151.	Sertralina	Categórica	Não Sim
152.	Carbonato de lítio	Categórica	Não Sim
153.	Carbamazepina	Categórica	Não Sim
154.	Ácido valpróico	Categórica	Não Sim
155.	Fenobarbital	Categórica	Não

			Sim
156.	Fenitoína	Categórica	Não Sim
157.	Diazepam	Categórica	Não Sim
158.	Barbitúricos	Categórica	Não Sim
159.	Dissulfiram	Categórica	Não Sim
160.	Outras medicações	Categórica	Não Sim
161.	Quais medicações	Categórica	Tipo
162.	Disponibilidade/ acesso a medicações para usuários do CAPS no sistema de saúde	Numérica	0 = ausência 10 = existência
163.	Solicitação de exames laboratoriais	Categórica	Não Sim
165.	Disponibilidade e acesso a exames complementares na rede	Numérica	0 = ausência 10 = existência

Anexos

CAPSUL Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Departamento de Enfermagem	
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II	
Questionário do coordenador do CAPS	
Este questionário será mantido em segredo. Sua participação é muito importante para conhecermos o universo da atenção em Saúde Mental da Região Sul do Brasil. Pedimos que responda as questões do instrumento conforme as instruções presentes. Por favor, não preencha ou faça anotações na coluna de codificação. Em caso de dúvida procure um dos entrevistadores da equipe de pesquisa.	
PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE	
2. Número de identificação: _____	nq _____
3. Nome do respondente: _____	
4. Telefone: _____	
5. E-mail: _____	
6. Sexo: (1) feminino (2) masculino	
7. Data de nascimento: ____/____/____	
8. Idade: ____ anos	sx _ dn __/__/____ id _ _ _
9. Qual a sua profissão:	prof _ _
(1) Enfermeiro	(5) Pedagogo
(2) Psicólogo	(6) Terapeuta Ocupacional
(3) Médico	(7) Outro Profissional

As seguintes questões são referentes ao serviço		
35. Nome do Serviço: _____		tpc _
36. Endereço: _____		
37. Estado: _____		
38. Município RS: _____		
39. Município SC: _____		
40. Município PR: _____		
41. Tipo: (1) CAPS i (4) CAPS III (2) CAPS I (5) CAPS ad (3) CAPS II (6) CAPS ad III		cserv _
42. Data de início de funcionamento do serviço: __/__/____		dinic __/__/____
43. Horário de funcionamento: (01) Das 8h às 12h e das 14h às 18h (05) Das 8h às 18h (02) Das 8h às 12h (06) 24 horas (03) Das 12h às 18h (07) outro (04) Das 8h às 21h		hrfunc __
44) Qual horário? Ex: 8h e 30min a 15h e 30min _____		qhor _ _ _ _ _
45. O CAPS está territorializado? (0) Não (1) Sim		capster _
46. Qual a população de referência do serviço? _____ habitantes.		poprf _ _ _ _ _
47. Avalie a acessibilidade geográfica do CAPS		acgeo _ _

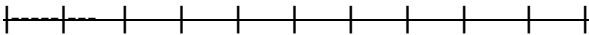
 0 = muito ruim 10 = excelente		
48. O serviço possui projeto terapêutico? (0) Não (1) Sim		prjter _
Em relação ao serviço que você coordena, responda as questões referentes à estrutura.		
49. O prédio do CAPS é: (1) Alugado (2) Próprio (3) Outro		prédio _
50) Qual? _____		oupred _ _
51. Área física total (m ²) construída: _ _ _ . _ _ _		afis _ _ _ . _ _ _
52. N° de leitos: _ _ _ (até 10)		nleitos _ _
53. Banheiro: _ _		ban _ _
54. Cozinha: _ _		coz _ _
55. Refeitório: _ _		reft _ _
56. N° de salas para atendimento individual: _ _		indiv _ _
57. N° de salas para atividades coletivas: _ _		cole _ _
58. O número de salas está adequado para a demanda de atendimentos? (0) Não (1) Sim		nslad _
59. Em relação aos equipamentos que o CAPS possui:		
60. Telefone (0) Não (1) Sim		efone _
61. Computador (0) Não (1) Sim		ecpu _
62. Acesso à internet (0) Não (1) Sim		enet _
63. Aparelho de som (0) Não (1) Sim		esom _
64. Televisão (0) Não (1) Sim		etv _
65. Vídeocassete (0) Não (1) Sim		evideo _
66. DVD (0) Não (1) Sim		
67. Instrumentos musicais (0) Não (1) Sim		

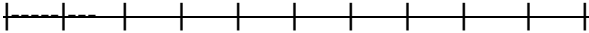
84. Jardim (0) Não (1) Sim	pjar _
85. Outros espaços ao externos (0) Não (1) Sim	outesp _
86) Outros (separe os espaços externos por virgulas): _____ _____	poutro _ _
87. Existe atendimento Ambulatorial? (0) Não (1) Sim	servamb _
88) Quantos atendimentos foram realizados no último mês: _____ _____	atmes _ _
RECURSOS HUMANOS	
89. Os recursos humanos do serviço incluem:	
90. Médico generalista Quantos _____ (0 a 10)	medgen _ _
91. Neurologista Quantos _____ (0 a 10)	neuro _ _
92. Pediatra Quantos _____ (0 a 10)	ped _ _
93. Psiquiatra Quantos _____ (0 a 10)	psiqu _ _
94. Psicólogo Quantos _____ (0 a 10)	psic _ _
95. Enfermeiro generalista Quantos _____ (0 a 10)	enfgen _ _
96. Enfermeiro com formação Saúde Mental Quantos _____ (0 a 10)	enfsm _ _
97. Assistente Social Quantos _____ (0 a 10)	assoc _ _
98. Pedagogo Quantos _____ (0 a 10)	ped _ _
99. Terapeuta Ocupacional Quantos _____ (0 a 10)	tocp _ _
100. Técnico/ Auxiliar de Enfermagem Quantos _____ (0 a 10)	tenf _ _
101. Técnico Administrativo Quantos _____ (0 a 10)	tadm _ _
102. Técnico Educacional Quantos _____ (0 a 10)	ted _ _

103. Artesão	Quantos _____ (0 a 10)	art __
104. Artista Plástico/Arte Educador	Quantos _____ (0 a 10)	artpl __
105. Func. Limpeza	Quantos _____ (0 a 10)	limp __
106. Cozinheira/copeira	Quantos _____ (0 a 10)	coz __
107. Jardineiro	Quantos _____ (0 a 10)	jard __
108. Segurança/Guarda/Vigilante	Quantos _____ (0 a 10)	seg __
109. Outro Profissional	(0) Não (1) Sim	out __
110) Outro profissional, qual? _____		qoutp __
111) Outro profissional, quantos? _____		qtoutp __
112. O usuário possui técnico de referência? (0) Não (1) Sim		utref __
113. Quais são os técnicos de referência para os usuários no serviço?		qtref __
114. Médico:	(0) Não (1) Sim	trmed __
115. Psicólogo:	(0) Não (1) Sim	trpsc __
116. Enfermeiro:	(0) Não (1) Sim	trenf __
117. Assistente Social:	(0) Não (1) Sim	tras __
118. Terapeuta ocupacional:	(0) Não (1) Sim	trocu __
119. Técnico ou Auxiliar de Enfermagem:	(0) Não (1) Sim	traux __
120. Outro Profissional:	(0) Não (1) Sim	trout __
121. Quais profissionais? (separe os profissionais por vírgulas): _____ _____ _____		qtrou __
122. Existem programas de estágios e extensão vinculados ao serviço (0) Não (1) Sim		pestag __

123. Quais áreas realizam estágios?		
124. Medicina	(0) Não (1) Sim	medest _
125. Enfermagem	(0) Não (1) Sim	enfest _
126. Psicologia	(0) Não (1) Sim	pscest _
127. Serviço Social	(0) Não (1) Sim	ssest _
128. Terapia Ocupacional	(0) Não (1) Sim	toest _
129. Artes	(0) Não (1) Sim	arest _
130. Outros	(0) Não (1) Sim	outest _
131) Quais áreas? _____		qoutes _ _

132. MEDICAMENTOS E EXAMES		
133. O CAPS dispensa medicamentos? (0) Não (1) Sim		disp _
134. O CAPS possui medicação para urgência/ emergência? (0) Não (1) Sim		murem _
135. A secretaria de Saúde / CAPS fornece as medicações prescritas? (0) Não (1) Sim		fmed _
136. Quais medicações?		
137. Dextro-anfetamina	(0) Não (1) Sim	dex _
138. Clorpromazina	(0) Não (1) Sim	clor _
139. Flufenazina	(0) Não (1) Sim	ffluf _
140. Haloperidol	(0) Não (1) Sim	hal _
141. Clozapina	(0) Não (1) Sim	cloz _
142. Risperidona	(0) Não (1) Sim	risp _
143. Biperideno	(0) Não (1) Sim	bip _

144. Propranolol	(0) Não (1) Sim	prop _
145. Prometazina	(0) Não (1) Sim	prom _
146. Amitriptilina	(0) Não (1) Sim	amit _
147. Imipramina	(0) Não (1) Sim	imip _
148. Nortriptilina	(0) Não (1) Sim	nort _
149. Fluoxetina	(0) Não (1) Sim	floux _
150. Paroxetina	(0) Não (1) Sim	parox _
151. Sertralina	(0) Não (1) Sim	sert _
152. Carbonato de lítio	(0) Não (1) Sim	cali _
153. Carbamazepina	(0) Não (1) Sim	carb _
154. Ácido valpróico	(0) Não (1) Sim	acval _
155. Fenobarbital	(0) Não (1) Sim	fenob _
156. Fenitoína	(0) Não (1) Sim	fenit _
157. Diazepam	(0) Não (1) Sim	diaz _
158. Barbitúricos	(0) Não (1) Sim	barb _
159. Dissulfiram	(0) Não (1) Sim	dissu _
160. Outras medicações	(0) Não (1) Sim	mout _
161. Quais medicações _____ _____		qmout _ _
162. Avalie a disponibilidade/ acesso a medicações para usuários do CAPS no sistema de saúde  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		avmed _

0 = ausência 10 = existência	
163. O serviço solicita exames laboratoriais? (0) Não (1) Sim	exlab _
164. Em quais situações são solicitados exames laboratoriais? (Liste as situações em que são solicitados exames laboratoriais. Separe-as por vírgulas) _____ _____	
165) Avalie a disponibilidade e acesso a exames complementares na rede (avexa):  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 = ausência 10 = existência	avexa _ _

ANEXO B - Carta de Apresentação ao Coordenador do Serviço

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelotas, 02 de julho de 2012

ASSUNTO: AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL.

Senhor Coordenador:

O Ministério da Saúde selecionou instituições e projetos de pesquisa, entre eles a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para desenvolver um projeto de pesquisa na linha de Estudos de avaliação dos Serviços em Saúde Mental com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Eu, Luciane Prado Kantorski, Enfermeira e professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com Docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, estou Coordenando o Projeto de pesquisa **AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIAO SUL DO BRASIL – CAPSUL II** e venho por meio deste apresentar o referido projeto e solicitar a apreciação desta coordenação bem como da equipe do serviço e demais órgãos hierarquicamente implicados sobre o interesse em colaborar com nosso estudo .

Apresentamos a seguir os objetivos do estudo de avaliação e um breve detalhamento do projeto.

Objetivo:

Avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

1 METODOLOGIA:

A presente pesquisa, buscando ampliar os eixos da avaliação, constitui-se de um estudo qualitativo e quantitativo. Essas abordagens privilegiam diferentes dimensões do objeto da avaliação que, de forma complementar, oferece diferentes eixos para os julgamentos, possibilitando uma maior riqueza do conhecimento de como estão funcionando esses serviços. Deste modo, dividimos a apresentação do projeto a partir de dois subprojetos, a saber:

⇒ **Estudo de Avaliação Qualitativa de CAPS** – avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

⇒ **Estudo de Avaliação Quantitativa de CAPS** – abordagem epidemiológica

A seguir apresentamos os dois subprojetos.

ESTUDO DE AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS CAPS DA REGIÃO SUL – abordagem epidemiológica

OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida pelos CAPS I, II, III da região sul do Brasil – RS, SC, PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Identificar as condições estruturais dos CAPS da região sul.**

Condições relacionadas a:

- Área física;

- Recursos humanos;
- Recursos materiais;

- Avaliar o processo de atendimento nos CAPS da região sul: processo de trabalho e organização da ação em saúde.

Para a avaliação do processo de atendimento psicossocial, desenvolvido nos CAPS, será realizada uma auditoria dos registros dos usuários, com verificação do conteúdo relativo a:

- Projeto terapêutico do serviço;
- Plano terapêutico individual do usuário;
- Normas e atividades padronizadas;
- Sistema de referência e contra-referência;
- Registro de atendimentos em prontuários.

O processo de trabalho será avaliado através:

- Satisfação dos trabalhadores de saúde;
- Perfil dos trabalhadores;
- Condições de trabalho;
- Sobrecarga de trabalho.

- Avaliar resultados da atenção em saúde mental desenvolvido pelo CAPSII

A partir do usuário:

- Padrão de saúde do usuário;
- Autonomia;
- Inserção;
- Cidadania;
- Satisfação.

E a partir do familiar:

- Satisfação;
- Sobrecarga.

Reforçamos a importância da contribuição do serviço no sentido de acolher o estudo possibilitando que possamos disponibilizar para o Ministério da Saúde e para os CAPS ao final da realização do projeto um banco de dados de avaliação que permita uma tomada de decisões qualificando cada vez mais este tipo de serviço que tem um papel fundamental e estratégico no processo de reforma psiquiátrica.

Colocamo-nos a disposição para eventuais esclarecimentos e despedimo-nos

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER N ° 176/2011

Profª Dra. Luciane Prado Kantorski e Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

PARECER PROJETO DE PESQUISA

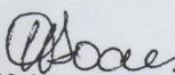
Senhoras Pesquisadoras:

De acordo com a reunião deste Comitê em 21/03/2011, Ata nº 001/2011 informamos que o projeto sob sua responsabilidade, intitulado: **“Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil – CAPSUL II”**.

Protocolo interno N ° 017/2011

Recebeu o seguinte parecer: **APROVADO**

Pelotas, 21 de março de 2011.


Prof.ª Dr.ª Marilu Correa Soares
Coordenadora CEP-FEN-UFPeI
COREN-RS 21885

ANEXO D - Convênio do Ministério da Saúde e a UFPel



Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo A, 2º andar
70.058-901 Brasília-DF
(www.fns.saude.gov.br)

Ofício nº 0231 - MS/SE/FNS

Brasília, 17 de janeiro de 2011.

A Sua Magnificência o Senhor
Antônio Cesar Gonçalves Borges
Reitor da Universidade Federal de Pelotas
Rua Gomes Carneiro, 1
Pelotas - RS
CEP: 96010-610

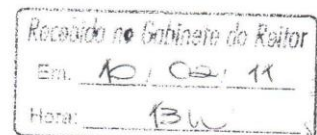
Assunto: Encaminha Termo de Cooperação

Magnífico Reitor,

Encaminhamos uma via do Termo de Cooperação nº 186/2010, celebrado com este Ministério, visando a "ESTUDO E PESQUISA SOBRE A SAÚDE MENTAL".

Atenciosamente,


Erasmo Ferreira da Silva
Diretor-Executivo Substituto



(EM)

CGCC/CEPROC - Tel: (61) 3315-2153 • Fax: (61) 3315-33676

Missão: Contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde.

169482

**Universidade Federal de pelotas
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem
Pesquisa CAPSUL II**

Declaração

Declaro para os devidos fins que **Lilian Cruz Souto de Oliveira**, mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de pelotas está autorizada a utilizar os dados da pesquisa CAPSUL II- Avaliação dos Centros de atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, edital, sob minha coordenação, para elaboração de sua dissertação intitulada: Estudo Avaliativo da Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil: contribuições para a saúde mental.

Ressalto que este trabalho faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação dos resultados em parceria com a coordenadora da pesquisa.

Pelotas, 2013


Profª Drª Luciane Pardo kantorski

II RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Relatório do Trabalho de Campo

A proposta do tema escolhido diz respeito à “avaliação de serviços de saúde”, neste caso aos “Serviços de saúde mental” mais especificamente aos “Centros de Atenção Psicossocial” (CAPS).

Ao ingressar no Mestrado desta Universidade em março de 2011, comecei a fazer parte do grupo da Pesquisa em *Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva* onde desde então comecei a participar ativamente da pesquisa CAPSUL II. Esta pesquisa foi apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Faculdade de Enfermagem da UFPel. A pesquisa CAPSUL II (2011) tem por objetivo avaliar os Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Este estudo é uma segunda edição de uma pesquisa já realizada em 2006 e constitui-se de uma proposta de metodologia quantitativa (abordagem epidemiológica) e de metodologia qualitativa (avaliação construtivista, responsiva com abordagem hermenêutica e dialética).

A etapa quantitativa tem por objetivo avaliar a estrutura, o processo e o resultado da atenção em saúde desenvolvida pelos CAPS da Região Sul do Brasil.

Para esta pesquisa foram estudados usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil. A etapa quantitativa deu-se através de dois momentos: 1º a Avaliação de 40 CAPS da Região Sul do Brasil. Nesta etapa 20 duplas de pesquisadores previamente capacitados foram a campo realizar entrevistas com questões semiestruturadas a usuários, familiares e trabalhadores do serviço. Em 2º a Avaliação de todos os Coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil: Esta fase ocorreu através do envio de um questionário auto-aplicado realizado através do Sistema FORMSUS aos coordenadores dos 328 CAPS existentes nesta região. Para chegarmos a este dado (328) realizamos um levantamento dos CAPS através da gestão 2010 do CNES, com o Ministério da Saúde e também através de uma pesquisa prévia junto dos Estados. A etapa qualitativa de abordagem hermenêutica e dialética foi realizada em 3 municípios da Região Sul do Brasil por 9 pesquisadores.

Minha participação nestas etapas da Pesquisa CAPSUL se deu da seguinte maneira.

Na etapa quantitativa:

- A) O Primeiro contato com os coordenadores dos 308 CAPS da Região Sul do Brasil

O primeiro contato com os coordenadores da Região Sul do Brasil foi através do telefone em maio de 2011. Para isto, buscamos os telefones dos 328 CAPS da Região Sul do Brasil. Esta tarefa não foi nada fácil já que na maioria das vezes precisamos entrar em contato com as prefeituras dos municípios ou com a secretaria de saúde devido a não atualização dos números nos portais de saúde.

Após conseguirmos os números telefônicos fazíamos as ligações para os CAPS. Ao ligar, apresentávamos e pedíamos para falar com o coordenador. Era neste momento que descobríamos o seu nome e a sua função. No entanto, o contato com os coordenadores era, por vezes, difícil já que muitas vezes não podia atender (ou por estar em reunião, ou em atendimento, ou ausência). Ao conseguirmos finalmente o primeiro contato com os coordenadores explicávamos todas as etapas pesquisa, porém tentávamos ser o mais breve possível para não atrapalhar sua rotina. Explicávamos de onde éramos (por ex.: *aqui é da faculdade de Enfermagem da UFPel do grupo de pesquisa da saúde mental*), porque estávamos ligando (por ex.: *estamos ligando porque estamos realizando uma pesquisa junto com o Ministério da Saúde de Avaliação do CAPS da Região Sul do Brasil*), após explicávamos a pesquisa (por ex.: *esta é uma segunda edição da Pesquisa CAPSUL que foi realizada em 2006, agora em 2011 estamos dando início a uma nova pesquisa de avaliação dos CAPS a pesquisa CAPSUL II*). Esta pesquisa realizará avaliação nos CAPS do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. A pesquisa acontecerá em três etapas: uma qualitativa (através de trabalho de campo em 40 municípios) e duas quantitativas (avaliação de campo em 40 CAPS e avaliação de todos os 328 CAPS por meio do Sistema FORMSUS em entrevista respondida pelo coordenador do serviço e contamos com sua colaboração). Também fazíamos menção ao convênio com o Ministério da Saúde (por ex.: *esta pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde*) e ao parecer do comitê de ética (por ex.: *esta pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de*

Medicina da Universidade Federal de Pelotas e todos os sujeitos envolvidos estarão no anonimato).

Em seguida, pedíamos um contato do correio eletrônico (e-mail) para enviarmos a Carta de apresentação da Pesquisa, o convênio do Ministério da Saúde e a UFPel , a aprovação pelo Comitê de ética e as instruções para cadastro e preenchimento do questionário no sistema eletrônico FORMSUS.

Posteriormente, explicávamos sobre o questionário *(por ex.: ao realizar o cadastro você terá acesso a um questionário que está dividido em três módulos. Estes são preenchidos separados. No entanto, após começar a responder um você terá que ir até o final para salvar).*

Após, nos despedíamos e agradecíamos a atenção. Deixávamos o nosso contato *(por ex.: Sr. (a) agradecemos a atenção e enviaremos em breve para o e-mail que nos foi informado as informações necessárias. Aguardamos a sua colaboração já que esta avaliação será em prol da saúde mental , pedimos que em uma semana após receber as informações responda ao questionário e qualquer dúvida entre em contato pelos telefones tais ou pelo e-mail tal).*

Quando o coordenador não estava no serviço por motivo de ausência, férias ou licença, além de deixarmos recado com algum trabalhador, nós entrávamos em contato novamente após o período de 1 semana para explicar novamente a pesquisa.

B) O segundo contato com os 328 coordenadores da Região Sul do Brasil

O Segundo contato deu-se através do correio eletrônico quando enviamos as informações a respeito da pesquisa. Os instrumentos começaram a ser enviados eletronicamente em junho de 2011.

C) Outros contatos com os 328 coordenadores da Região Sul do Brasil

Durante a coleta precisamos entrar em contato telefônico ou via correio eletrônico com os coordenadores pelo menos durante cinco vezes, por dois motivos:

- o não preenchimento do questionário
- ou o não preenchimento de algum dos módulos (I, II ou III)

D) A justificativa por não responder o questionário

-durante a conversa telefônica muitos coordenadores relataram que precisavam da autorização do secretário da saúde ou do coordenador da saúde mental do município para responder o questionário e muitas vezes, pediam para nós fazermos o contato. Sendo que mesmo após o contato, determinados coordenadores não responderam o questionário.

- alguns referiram não ter tempo para responder;

- outros diziam não possuir acesso à internet no CAPS, porém tentariam responder em casa, o que em alguns casos não ocorreu.

Dessa forma, em outubro de 2012 decidimos ir a campo para entregar pessoalmente os questionários para os coordenadores que faltavam responder para finalmente fecharmos a nossa meta de pelo menos 70% de questionários respondidos em cada estado. Neste momento só faltava o Estado do Rio Grande do Sul para atingirmos o total.

Para esta tarefa foi designada juntamente comigo uma acadêmica da Faculdade de Enfermagem da UFPel (integrante do grupo de saúde mental e participante na etapa quantitativa de campo).

Para este trabalho nos deslocamos durante duas semanas vinte e três municípios que nos aceitaram em nos receber nos CAPS, conforme contato telefônico prévio. Sendo assim, os questionários foram respondidos de forma auto aplicado e entregues a nós. Após foram transportados para o sistema FORMSUS.

Esta fase de coleta dos dados começou em maio de 2011 e se encerrou em novembro de 2012. Foi um período de trabalho intenso, pois além de mim, houve a colaboração de vários integrantes do grupo de saúde mental que se esforçaram ao máximo para que conseguíssemos terminar a coleta no prazo.

Além de envolver-me diretamente com a pesquisa dos coordenadores também participei da fase de coleta de dados dos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS.

Durante duas semanas estive no Estado do Paraná nos municípios de Londrina (CAPS III) e Ivaiporã (CAPS I) para coletar esses dados. As entrevistas eram realizadas através de um questionário semi-estruturado

Na etapa qualitativa:

Na etapa qualitativa participei da escrita do Relatório Final que juntamente com alguns membros do grupo de saúde mental ficamos responsáveis pelo município de Joinville no Estado de Santa Catarina.

1. Resultados da pesquisa CAPSUL que integram esta Dissertação

Para esta dissertação foi utilizada o questionário do módulo I da etapa quantitativa que inclui os 328 coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil. Depois de unirmos todos os esforços chegamos a um total de 236 (76,62%) questionários respondidos pelos coordenadores. O estado do Paraná foi representado por 74 coordenadores (74%), o estado de Santa Catarina por 55 coordenadores (72,36%) e o Rio grande do Sul por 107 coordenadores (70,39%).

Para a construção desta dissertação foi utilizada a metodologia a partir do modelo teórico de Donabedian e a Portaria 336/2002 que serviu como parâmetro para avaliar a adequação ou não da estrutura dos CAPS investigados. Sendo assim, avaliamos a estrutura através do módulo I do questionário dos coordenadores. Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico STATA, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em vinte e um de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno nº 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação optando por participar da pesquisa considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/ 336 de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2002.

DONABEDIAN, Avedís. **La calidad de la atención médica: definición y metodos de evaluación**. Ediciones científicas. La Prensa Medica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194p.

DONABEDIAN, Avedís. The quality of car: how can it be assessed? **JAMA** , México, v.260, n.12, p.1734 –1748. 1988.

IV ARTIGO I

ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL¹

Lilian Cruz Souto de Oliveira²

Artigo Original

Autor Correspondente:

Lilian Cruz Souto de Oliveira
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Rua Gomes Carneiro, 1 - 96010-610 - Pelotas-RS-Brasil
E-mail: lica.cso@hotmail.com

¹Estudo extraído da Dissertação de Mestrado e parte integrante da Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II).

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPel. Especialista em Atenção Psicossocial pela UFPel. End.: Faculdade de Enfermagem da UFPel, Rua Gomes Carneiro, 1. CEP: 96010-610. Pelotas-RS Brasil. Telefone: (53)39211523. E-mail: lica.cso@hotmail.com

ESTRUTURA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

RESUMO: Estudo de caráter censitário descritivo, cujo objetivo foi avaliar a adequação dos recursos de estrutura existentes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a Portaria 336/2002. O questionário auto-aplicado foi respondido por 76,62% dos coordenadores da Região Sul do Brasil de junho de 2011 a novembro de 2012 e foi analisado no programa STATA. Os recursos físicos e equipamentos estiveram presentes em mais de 50% dos CAPS. Em relação aos recursos humanos houveram deficiências consideradas graves que são aquelas que afetam diretamente no tratamento dos usuários como por exemplo a ausência do profissional enfermeiro em 11 CAPS. A Avaliação das condições locais de estrutura é fundamental para que processo e o resultado se mantenham e se concretizem.

PALAVRAS-CHAVES: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Estrutura dos Serviços.

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde é um importante instrumento tanto no planejamento quanto na gestão e execução das ações, pois para que um sistema funcione adequadamente é preciso organização de ações e serviços e só a partir de um olhar mais aprofundado é que será possível contemplar as necessidades e a satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca de resolubilidade e qualidade assistencial (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornam-se os principais serviços de assistência a pessoas com transtornos psíquicos e, por ser considerado um serviço relativamente recente de cuidado, estudos avaliativos se tornam importantes para orientar a criação de novos centros e para contribuir na melhoria dos já existentes. Os CAPS são divididos em cinco modalidades - CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS AD (álcool e outras drogas) - de acordo com a necessidade do município, (BRASIL, 2004).

No ano de 2002, seguindo o parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000, a cobertura nacional em saúde mental era de apenas 21%. Em 2011 essa cobertura já era 72%, o que demonstra um crescimento acelerado dos CAPS (BRASIL, 2011).

Para a organização em saúde, Donabedian (1988), descreveu a tríade- Estrutura, Processo e Resultado- como sendo um método efetivo para avaliação da qualidade dos serviços prestados. Os CAPS, segundo suas diretrizes e normas, devem possuir uma estrutura (área física, recursos humanos e recursos materiais) adequada para o atendimento em saúde, de tal modo que, sua composição, atenda as necessidades dos usuários, familiares e profissionais, visando proporcionar a realização das importantes atividades necessárias a atenção psicossocial (BRASIL, 2002).

A estrutura física dos CAPS deve oferecer no mínimo consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias), salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada usuário do serviço), sanitários, área externa para oficinas, recreação e atividades esportivas. Os recursos humanos mínimos para o funcionamento dependerá das características e necessidades de cada local (BRASIL, 2004).

A Avaliação das condições locais é fundamental para que o processo e o resultado se mantenham e se concretizem, pois a estrutura é o alicerce que sustentará todo o processo saúde-doença na atenção psicossocial.

Sendo assim, o objetivo deste artigo é avaliar a adequação dos recursos de estrutura existentes nos CAPS de acordo com a Portaria 336/2002.

METODOLOGIA

Este artigo é parte da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II), coordenado pelo grupo de pesquisa em saúde mental e coletiva da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Originalmente o estudo incluiu coordenadores, trabalhadores, usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial. Este estudo de

caráter censitário foi constituído por todos os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil de um total de 328 CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde em 2011.

A amostra deste estudo foi constituída por 236 (76,62%) coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil. No estado do Paraná foi representada por 74 coordenadores (74%), no estado de Santa Catarina por 55 coordenadores (72,36%) e no Rio Grande do Sul por 107 coordenadores (70,39%). A perda total do estudo entre os coordenadores que responderam ao módulo I foi de 23,37% relacionadas a recusas.

Os coordenadores responderam a um questionário estruturado auto aplicado, dividido em três módulos (I, II e III) através do sistema eletrônico FORMSUS. Os coordenadores que não responderam ao questionário foram contatados novamente (cinco vezes) e aqueles que referiram dificuldades em responder foram-lhes enviado através do correio eletrônico o questionário que posteriormente foi transportado ao sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. Ainda, evitando um maior número de perdas possíveis, foram enviados pesquisadores treinados e capacitados a 23 cidades para entregar o questionário impresso aos coordenadores que referiram, por contato telefônico, dificuldade em acessar a internet. Após, os dados também foram transportados ao sistema eletrônico FORMSUS por pesquisadores treinados e capacitados. A coleta de dados ocorreu de junho de 2011 a novembro de 2012. Os critérios de inclusão foram: ser coordenador de um CAPS da Região Sul do Brasil; concordar em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a construção deste artigo foi utilizada a metodologia baseada na tríade (estrutura, processo e resultado) do modelo teórico de Donabedian e utilizado como parâmetro a Portaria 336/2002. Sendo assim, empregamos a estrutura quanto ao parâmetro de avaliação através do módulo I do questionário dos coordenadores. Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico Stata 12.0, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva.

Para este recorte foram utilizadas as variáveis “tempo de funcionamento”; “horário de funcionamento”; “recursos físicos”;

“territorialidade”; “situação do imóvel”; “medicamentos” e as que dizem respeito aos “recursos humanos” e “equipamentos”.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 21 de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno nº 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação optando por participar da pesquisa considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados são referentes à estrutura dos 236 CAPS estudados segundo informação dos coordenadores.

Evidenciou-se que dos 236 CAPS estudados, segundo informações dos coordenadores o CAPS investigado mais antigo em funcionamento é datado de 18/07/1989 e localiza-se na cidade de Alegrete no Rio Grande do Sul (CAPSUL, 2012). Neste município não há presença de hospital psiquiátrico, e no ano de 2006 as internações psiquiátricas corresponderam a 3,8% do total de internações do município (REDESUL, 2006).

Com a concepção da portaria 336/2002 é notório o crescimento dos CAPS visto que, quando promulgada a Lei 10.216, em 2001, a oferta nacional era de apenas 295 unidades, atualmente a rede de saúde mental conta com 1650 CAPS. Este fato está aliado à cooperação federativa, aos incentivos locais, aos recursos próprios locais juntamente e aos objetivos claros de assumir a saúde mental como uma política local, favorecendo assim a reforma psiquiátrica (COSTA, 2011; BRASIL, 2011).

Quanto ao horário de funcionamento notamos que houve variação nos CAPS, pois, verificou-se que não há um padrão comum nos horários para abertura ou fechamento do serviço já que 34,04% seguem o horário das 8h às 18h; 2,55% funcionam as 24 horas do dia; enquanto que mais da metade (53,62%) adotam horários alternativos de funcionamento. No entanto, a portaria 336/2002 estabelece alguns horários mínimos de trabalho que variam dependendo da modalidade de cada CAPS (BRASIL, 2004).

O fato dos CAPS não fecharem ao meio dia facilita o cuidado continuado e a demanda dos usuários já que, com a oferta de almoço não precisariam sair do local para se alimentar garantindo assim a sua presença

nos dois turnos, quando necessário. No entanto, podemos verificar na Tabela 1 no que diz respeito aos recursos físicos que quase 10% dos locais não possuem refeitório. Segundo o Ministério da Saúde, os CAPS devem possuir local próprio para oferecer refeições aos usuários, pois aqueles que permanecem por um turno de quatro horas devem receber uma refeição por dia; os que são assistidos em oito horas devem receber duas refeições diárias e aqueles que ficarem por 24 horas deverão receber quatro refeições (BRASIL, 2004).

Em relação à territorialidade dos CAPS foi verificado que 74,89% são territorializados e 68,10% consideram a acessibilidade geográfica como boa ou excelente. Em artigo publicado por Oliveira et al (2012) de avaliação dos CAPS, no que se refere à existência do serviço territorializado, constatou que apenas 16% dos CAPS estudados o realizavam o que evidenciou que a lógica do serviço no território não está sendo realizada nem tampouco indo ao encontro com a sua regulamentação.

Quanto à situação dos imóveis que abrigam os CAPS, foi apurado que 64,96% são alugados; 30,34% são próprios e 4,70% são cedidos por algum órgão ou pessoa. Estudo realizado constatou que em torno de 50% dos imóveis eram alugados (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009). Possuindo um local próprio e fixo para o funcionamento, os CAPS evitariam mudanças repentinas e perdas de usuários por mudança de endereço. Por outro lado, uma localização geográfica mais favorável pode ser mais facilmente obtida através do aluguel de um imóvel do que da compra ou construção de um prédio, já que as ofertas imobiliárias muitas vezes são restritas em áreas de fácil acesso à população.

Foi detectado nesta pesquisa (tabela 1) que 40,27% dos CAPS ofertam medicamentos aos usuários e 96,94% das Secretarias Municipais de Saúde também o fazem. Em apenas três CAPS, ou seja, 1,27% não são ofertados medicamentos aos usuários. Além disso, 65,07% dos CAPS possuem medicação para urgência.

Em relação aos recursos humanos como mostra na Tabela 1, foi averiguada a presença em 75% dos CAPS de enfermeiros generalistas e em 30% de enfermeiros com formação em saúde mental, no entanto, com esta avaliação constatamos a ausência do profissional enfermeiro em 11 dos

CAPS estudados. Segundo a portaria 336/2002, deve existir no mínimo 1 (um) profissional enfermeiro por CAPS (BRASIL, 2004).

Considera-se necessário que as equipes de atendimento sejam interdisciplinares e fortalecidas dentro dos CAPS, pois evidências mostraram benefícios às pessoas com transtornos mentais quando realizadas intervenções conjuntas de cuidado das diversas áreas do conhecimento, elevando a visão de integralidade em relação ao usuário e assim obtendo melhores resultados no processo saúde-doença (COIMBRA et al, 2010).

A participação de estagiários nos CAPS favorece um melhor entendimento da loucura aos futuros profissionais, que além de representar um suporte no atendimento em saúde mental, proporciona um vínculo de parceria no ensino-aprendizagem. Além disso, também propiciam trocas e experiências de ambas as partes fazendo com que ambos repensem a prática cotidiana e invistam em melhorias na atenção psicossocial (DUARTE, 2011). Destacamos, portanto, que 73,68% dos CAPS realizam programas de estágios. Esta presença foi representada por 20,33% de estudantes de medicina; 66,19% da enfermagem; 81,76% da psicologia; 58,82% do serviço social; 8,20% da terapia ocupacional.

Tabela 1- Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil segundo Cômodos e os Recursos Humanos existentes (n=236). Pelotas, 2012.

Variáveis*	Presença (%)	Média** (min.máx.)	DP
Recursos Físicos			
Banheiro	100	4.00 (1-13)	1.90
Cozinha	99,15	1.05 (0-2)	0.26
Refeitório	90,05	0.94 (0-3)	0.40
Sala atendimento individual	100	3.77 (1-23)	1.95
Sala atendimento coletivo	99,57	2.82 (0-8)	1.39
Recursos Humanos			
Médico generalista	43,11	0.45 (0-2)	0.54
Médico Neurologista	4,16	0.05 (0-3)	0.27
Médico Pediatra	4,16	0.06 (0-5)	0.38
Médico Psiquiatra	90,43	1.23 (0-6)	0.83
Psicólogo	100	2.26 (1-7)	2.26
Enfermeiro generalista	75,22	0.90 (0-6)	0.90

Enfermeiro com formação Saúde Mental	30,94	0,34 (0-2)	0,54
Assistente Social	86,58	0,98 (0-2)	0,50
Pedagogo	29,71	0,37 (0-4)	0,67
Terapeuta Ocupacional	56,64	0,66 (0-4)	0,69
Técnico/ Auxiliar de Enfermagem	88,21	1,71 (0-10)	1,66
Técnico Administrativo	85,02	1,16 (0-6)	0,82
Técnico Educacional	15,45	0,21 (0-3)	0,54
Artesão	38,05	0,50 (0-4)	0,76
Artista Plástico/Arte Educador	23,77	0,28 (0-6)	0,28
Funcionário Limpeza	99,13	1,20 (0-4)	0,54
Cozinheira/copeira	56,89	0,64 (0-3)	0,61
Jardineiro	8,52	0,09 (0-3)	0,33
Segurança/Guarda/ Vigilante	30,00	0,39 (0-5)	0,72

Fonte: CAPSUL II, 2012

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

O objetivo do CAPS é realizar o atendimento às pessoas (adultos, crianças e adolescentes) com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Sendo assim, é importante que os usuários saibam que a proposta de atendimento do CAPS é diferenciada dos hospitais psiquiátricos já que é um espaço de liberdade e cooperação mútua.

Os CAPS também realizam atendimento às famílias, assembleias, reuniões, atendimento individual e em grupo. As pessoas que não puderem comparecer ao CAPS poderão solicitar apoio da equipe. Além disto, os atendimentos são particularizados, cada usuário possui um projeto terapêutico individual (PTI). Com isso, é elaborado um plano assistencial que varia entre os indivíduos dependendo da sua necessidade (BRASIL, 2002).

Desta forma, a existência de materiais é de extrema importância nestes serviços, já que muitos deles poderão ser utilizados nas oficinas terapêuticas propostas pela Portaria 336/2002 e nesta avaliação pudemos notar que mais de 50% dos CAPS possuem todos os equipamentos relacionados na tabela 2 a seguir.

Tabela 2- Estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil segundo os equipamentos existentes. Pelotas, 2012.

Equipamentos	Presença (n=236*)	%
Telefone	229	98,71
Computador	230	97,87
Acesso à internet	199	84,68
Aparelho de som	206	88,03
Televisão	224	96,14
DVD	201	86,64
Instrumentos musicais	117	50,87
Materiais para pintura/ desenho	226	96,17
Jogos/ brinquedos	202	86,32

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Fonte: CAPSUL II, 2012

Percebemos, contudo que estamos diante do que elencamos de “deficiências relativas” e “deficiências graves”. Chamamos de “deficiências relativas” aquelas cujos componentes em algum momento podem estar ausentes, porém sem comprometer o funcionamento da unidade, no entanto seriam dispositivos que auxiliariam no processo terapêutico. Chamamos de “deficiências graves” aquelas que afetam diretamente no tratamento dos usuários, pois alguns elementos são essenciais dentro um CAPS. Sendo assim, baseado na Portaria 336/2002, elaboramos um quadro demonstrativo destas deficiências:

Quadro 1- Deficiências relativas e deficiências graves. Pelotas, 2012.

Deficiências relativas	Deficiências graves
Ausência de:	
Aparelho de som	Sanitário
Televisão	Cozinha
DVD	Refeitório
Instrumentos musicais	Sala atendimento individual
Materiais para pintura/desenho	Sala atendimento coletivo
Jogos/brinquedos	Médico
	Enfermeiro

Fonte: elaborado pela autora baseado na portaria 336/2002.

CONCLUSÃO

Devido a um número expressivo de CAPS na Região Sul do Brasil, torna-se de extremo valor que avaliações sejam realizadas periodicamente nestes serviços, pois avaliar é um método chave que possibilita reconhecer se estes locais estão adequados à sua proposta de funcionamento. Sendo a estrutura um componente avaliativo de suma importância para a realização

do trabalho em saúde, reforça-se a necessidade deste elemento ser considerado nos CAPS.

Com estes dados foi possível identificar no geral que a maioria dos CAPS está se adequando ao que estabelece a Portaria 336/2002. Porém ainda existem diversos CAPS cujas “deficiências graves” se fazem presentes e dessa forma ainda precisam fazer com urgência as adequações necessárias já que são componentes fundamentais no tratamento dos usuários. Devemos pensar que ainda estamos em processo de transição e que ainda estamos nos ajustando à nova realidade. Sendo a estrutura um importante parâmetro de avaliação, este estudo procurou proporcionar um conhecimento detalhado dos CAPS, quanto a sua organização e funcionamento. Com isso, os dados coletados poderão ser utilizados como estratégias que busquem alternativas a fim de melhorá-los e qualificá-los.

A limitação deste estudo foi pela omissão dos coordenadores dos CAPS que não responderam ao questionário mesmo perante aos insistentes contatos realizados no período da coleta. Diversos fatores podem ter ocasionado essa ausência como a sobrecarga de trabalho, a não priorização em responder ao questionário ou ao fato de não existir internet naquele serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

COSTA, N.R.; SIQUEIRA, S.V.; UHR, D.; SILVA, P.F.; MOLINARO, A. A reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16 n.12. Dez. 2011.

COIMBRA, Valéria. KANTORSKI, Luciane. Atenção psicossocial no sistema único de saúde. In: *Gestão em saúde mental: uma experiência regional*. Pelotas: PREC UFPel, 2010. p. 327-335.

DONABEDIAN, Avedís. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194p.

DONABEDIAN, Avedís. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, México, v.260, n.12, p.1734 –1748. 1988.

DUARTE, M.L.C. Estágio do curso de especialização em saúde mental: relato de experiência em um caps. Cogitare Enfermagem. V.16 n. 4. 753-6. Out-Dez.2011.

KANTORSKI, Luciane; JARDIM, Vanda. CAPSUL II. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: projeto de pesquisa. Pelotas, 2011. 89p.

KANTORSKI, Luciane. CAPSUL. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório de pesquisa. Pelotas, 2007. 437p.

NASCIMENTO, A.F; GALVANESE, A.T.C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.43, p.8-15. 2009.

REDESUL. Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial: relatório Final. Universidade Federal de Pelotas. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Pelotas, 2011. 418p.

V ARTIGO II

ESTUDO DA AMBIÊNCIA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL³

Lilian Cruz Souto de Oliveira⁴,

Artigo Original

Autor Correspondente:

Lilian Cruz Souto de Oliveira
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Rua Gomes Carneiro, 1 - 96010-610 - Pelotas-RS-Brasil
E-mail: lica.cso@hotmail.com

³Estudo extraído da Dissertação de Mestrado e parte integrante da Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II).

⁴Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPel. Especialista em Atenção Psicossocial pela UFPel. End.: Faculdade de Enfermagem da UFPel, Rua Gomes Carneiro, 1. CEP: 96010-610. Pelotas-RS Brasil. Telefone: (53)39211523. E-mail: lica.cso@hotmail.com

ESTUDO DA AMBIÊNCIA DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

RESUMO: Este artigo se propõe a avaliar a ambiência nos CAPS de acordo com a Portaria 336/2002. Os coordenadores dos CAPS dos Estados do Paraná, Santa Catarina e do Rio Grande do Sul responderam a um questionário auto-aplicado. Este estudo de caráter censitário foi respondido por 76,62% dos coordenadores de junho de 2011 a novembro de 2012 e foi analisado no programa STATA 12.0. Foi constatado que em mais de 50% dos CAPS sob a ótica dos coordenadores consideram a ambiência como boa ou ótima. Portanto, considerando que os CAPS apresentaram em 2011 um elevado crescimento, a ambiência torna-se uma ferramenta de apoio fundamental já que os elementos que a constituem valorizam o ambiente tornando-o mais agradável para todos que frequentam o local, configurando-se desta forma um peça chave aos serviços estratégicos para o cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVES: Avaliação em Saúde; Serviços de Saúde Mental; Estrutura dos Serviços.

INTRODUÇÃO

O Brasil, na década de 70, passava por várias transformações políticas, econômicas e sociais, dentre estas se destaca uma que tomou impulso neste período e persiste até os dias de hoje sendo de extrema importância para o processo de mudança na área da saúde - A Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2006).

Segundo Goffman (2003) os hospitais psiquiátricos eram instituições “totais” baseadas em regras e disciplina, ordem e burocracia onde os indivíduos viviam uma sociedade a parte, isolados do mundo real, cercados por muros e por um comandante.

Castel (1978) comparava os manicômios às prisões, os médicos aos juizes, pois os loucos eram vistos, para a sociedade, tão ameaçadores e perigosos quanto os fora da lei. Dessa forma era preciso reorientá-los à razão e para isso a melhor forma, na teoria, era o isolamento condicionado e normatizado a fim de criar mecanismos para a desalienação mental.

Os hospitais psiquiátricos eram precários e foram comparados a porões sufocantes. Além de seus aposentos serem sujos e deprimentes, o atendimento era realizado por pouquíssimos profissionais que não conseguiam atender toda a demanda, já que seres humanos eram levados aos “porões da loucura”, às vezes, sem motivo aparente e largados a sorte morriam desamparados. As pessoas eram impotentes diante do sistema carcerário e viviam marginalizadas as sombras de seus governantes uma vez que seus direitos eram reprimidos e não tinham direito de opinar e nem optar por melhorias estruturais e assistenciais (FIRMINO, 1982).

Os CAPS tornam-se dessa forma o elemento mediador e principal desta rede que fortalece e sustenta o processo de assistência à saúde mental, pois é um serviço “de portas abertas” que busca oferecer atendimento diferenciado dos antigos manicômios às pessoas com sofrimento psíquico, já que tem por objetivo a reinserção social dos usuários visando o fortalecimento dos laços com os familiares e também com a comunidade (BRASIL, 2004).

A desinstitucionalização tem por finalidade superar o modelo desumano de “tratamento”, realizado em espaços excludentes, violentos e mortíferos centrado no conceito de doença como falta e erro, por locais de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. Dessa forma, o sujeito antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 2009).

No Brasil, o ano 1987 marcou o movimento pela saúde mental, pois foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, e neste mesmo ano em São Paulo aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo lema foi: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” (AMARANTE, 2006).

Neste mesmo ano surge o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil em São Paulo, como um serviço de atenção comunitária, seguindo a linha da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Com esta primeira experiência houve uma multiplicação dos CAPS e dessa forma o modelo de atenção psicossocial passa a substituir o arquétipo centrado nos hospitais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

No ano de 2002 foi recomendada pela 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos do SUS. Neste mesmo ano o número de leitos disponíveis nos hospitais psiquiátricos era de 51.393, com o processo de expansão da rede de atenção à saúde mental, ocorreu ao longo destes anos o fechamento de forma pactuada e programada, hoje o número de leitos equivale a cerca de 30% do total de 2002 (BRASIL, 2011).

Com isso, são imprescindíveis que sejam realizadas avaliações periódicas nos CAPS, ou para melhorar o atendimento integral ou para reforçar as ações que são necessárias para o sistema se efetivar, pois de acordo com a OMS (2001) em algum momento da vida 12% da população mundial precisará deste tipo de atendimento.

Sendo assim, reforça-se a necessidade de que as avaliações realizadas nos serviços não fiquem na obscuridade, já que informações buscadas e analisadas em saúde são importantes armas para o direcionamento de programas e ações, pois além de propiciarem o conhecimento de dados concretos poderão auxiliar em alternativas que busquem a melhor estratégia de promover a saúde (BRASIL, 2011).

A Ambiência agrega todo o espaço de circulação social, é o espaço físico, o qual possibilita o acolhimento para o usuário e sua família, proporcionando o conforto e uma atenção acolhedora. Estes espaços devem promover o bem-estar garantindo que os espaços que abrigam os serviços sejam frios e hostis (BRASIL, 2004).

Portanto, considerando que os CAPS apresentaram em 2011 um elevado crescimento, a ambiência torna-se uma ferramenta de apoio fundamental pois os elementos que a constituem valorizam o ambiente tornando-o mais agradável para todos que frequentam o local, configurando-se desta forma um peça chave aos serviços estratégicos para o cuidado em saúde mental. Dessa forma, o objetivo que este artigo se propõe é avaliar a ambiência nos CAPS de acordo com a Portaria 336/2002.

METODOLOGIA

Estudo realizado a partir da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II), coordenado pelo grupo de pesquisa em saúde mental e coletiva da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

A análise compreendeu coordenadores, trabalhadores, usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial. Este estudo de caráter censitário foi formado por todos os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil, totalizando 328 CAPS cadastrados pelo Ministério da Saúde em 2011.

A representação foi de 74% (74 coordenadores) no estado do Paraná, 72,36% (55 coordenadores) no estado de Santa Catarina e 70,39% (107 coordenadores) no Rio Grande do Sul, totalizando uma amostra de 76,62% (236 coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil). O estudo obteve uma perda total entre os coordenadores que não responderam ao módulo I foi de 23,37% relacionadas a rejeitas.

O trabalho de campo ocorreu no período de junho de 2011 a novembro de 2012. Foram enviados três questionários auto aplicado a todos os coordenadores do CAPS que eram divididos em três módulos (I, II e II) e respondidos no sistema eletrônico FORMSUS.

Aqueles coordenadores que não responderam ao questionário foram contatados novamente (cinco vezes) e aqueles que referiram dificuldades em responder foram-lhes enviado através do correio eletrônico o questionário que posteriormente foi transportado ao sistema eletrônico FORMSUS. Ainda, evitando um maior número de perdas possíveis, foram enviados pesquisadores treinados e capacitados a 23 municípios para entregar o questionário impresso a 23 coordenadores que referiram, por contato telefônico, dificuldade em acessar a internet. Os critérios de inclusão foram: ser coordenador de um CAPS da Região Sul do Brasil e concordar em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

Este artigo utilizou a metodologia de Donabedian baseada na tríade (estrutura, processo e resultado) e utilizou como parâmetro de avaliação a

Portaria 336/2002. Os dados foram analisados no programa estatístico Stata 12.0, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva.

O desfecho deste recorte considera a qualidade da Ambiência dos CAPS por meio da avaliação das variáveis “percepção visual” (cor, iluminação, limpeza, pintura, transito interno), “percepção sonora” (som), “percepção olfativa” (cheiro); “qualidade e quantidade dos equipamentos”, “qualidade e quantidade dos materiais permanentes”; “qualidade e quantidade dos materiais de consumo”. Estas variáveis foram avaliadas através de uma escala tipo Likert, de 0 a 10. A variável foi agrupada em dois estratos: em 0-7: ruim/moderada e 8-10: boa/excelente.

Foram acrescentadas ainda as perguntas: “O número de salas é adequado para a demanda?” (sim ou não); “Possui adequação para deficiente?” (sim ou não); “O serviço possui acesso por rampas?” (sim ou não); “O serviço possui pátio?” (sim ou não); “O serviço possui horta?” (sim ou não); “O serviço possui jardim?” (sim ou não); “O serviço possui outros espaços externos?” (sim ou não/quais?).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em vinte e um de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno nº 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação optando por participar da pesquisa considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A composição da ambiência é um fator que exerce grande responsabilidade nos CAPS, visto que ela é uma excelente ferramenta já que dá vida aos espaços proporcionando conforto no processo de trabalho e no encontro entre os sujeitos. A Política Nacional de Humanização preconiza a valorização da ambiência nos espaços de saúde já que a harmonia dos espaços confere o um equilíbrio de bem-estar nos indivíduos (BRASIL, 2007).

Neste artigo foram estudados 236 CAPS sob a ótica dos coordenadores dos três estados da Região Sul do Brasil. Os resultados referentes à qualidade da Ambiência foram apresentados na Tabela 1.

Tabela 1- Qualidade da ambiência dos CAPS da Região Sul do Brasil segundo as variáveis expostas. Pelotas, 2012.

Variáveis de exposição	n=236*	%
Percepção visual		
0-7 (Ruim/Moderada)	111	47,44
8-10 (Boa/Excelente)	123	52,56
Percepção sonora		
0-7 (Ruim/Moderada)	113	49,78
8-10 (Boa/Excelente)	114	50,22
Percepção olfativa		
0-7 (Ruim/Moderada)	93	40,79
8-10 (Boa/Excelente)	135	59,21
Equipamentos		
0-7 (Ruim/Moderada)	115	49,57
8-10 (Boa/Excelente)	117	50,43
Materiais permanentes		
0-7 (Ruim/Moderada)	89	38,70
8-10 (Boa/Excelente)	141	61,30
Materiais de consumo		
0-7 (Ruim/Moderada)	86	37,23
8-10 (Boa/Excelente)	145	62,77
Adequação Número Salas		
Não	141	60,26
Sim	93	39,74
Adequação para deficiente		
Não	139	59,66
Sim	94	40,34
Acesso por rampas		
Não	128	54,47
Sim	107	45,53
Pátio		
Não	25	10,73
Sim	208	89,27
Horta		
Não	101	43,91
Sim	129	56,09
Jardim		
Não	63	27,04
Sim	107	72,96
Outros espaços externos		
Não	149	64,22
Sim	83	35,78

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.

Fonte: CAPSUL II, 2012.

No que diz respeito à percepção visual, sonora e olfativa os CAPS ainda precisam de melhorias visto que pouco mais de 50% referiram à qualidade como boa a ótima (8-10). Os elementos que constituem a ambiência como a cor, iluminação, limpeza, pintura, transito interno, som e cheiro são componentes que quando utilizados de forma adequada valorizam o ambiente tornando-o mais agradável para todos que frequentam o local (BRASIL, 2007).

Saber utilizar as cores (variando das frias até as quentes) de forma correta, assim como dispor as luzes de maneira adequada (podendo optar por diferentes cores e variações na intensidade) é uma atitude que deve ser pensada pelos administrados, pois são fatores que influenciam diretamente no bem-estar dos envolvidos. A presença da iluminação natural é outro fator que deve ser considerado já que além de iluminar e aquecer no inverno proporcionando aconchego permite observar o ambiente externo. A entrada do sol nos ambiente também evita que o mofo e o mau cheiro se acumulem nos locais (BRASIL, 2007)

A presença de equipamentos, materiais de consumo e materiais permanentes foi mencionada como boa a ótima (8-10) em mais de 50% dos CAPS. A realização de oficinas nos CAPS é proposta pela Portaria 336/2002, portanto é necessário que existam materiais que auxiliem nesta tarefa. Em relação ao número de salas apenas 39,74% dos coordenadores consideram-na adequadas para o número de usuários. Os CAPS, segundo o Ministério da Saúde (2004), deverão contar com consultórios para atividades individuais e coletivas, adequados e preparados para atender a demanda. Estudo do CAPSUL (2007) mostrou que a presença de oficinas estruturadas e equipadas é mencionada por 63% dos coordenadores.

Foi constatado conforme a tabela 1 que em 40,34% dos CAPS existe adequação aos portadores de necessidades especiais e em 45,53% dispõe de rampas de acesso.

É exigido pela Portaria 336/2002 que os CAPS tenham área externa para oficinas, recreação e esportes. Neste estudo foi possível identificar que mais da metade dos CAPS possuem pátio (89,27%), horta (56,09), jardim (72,96%) e em 35,78% outros espaços externos como, por exemplo, quadra de esportes, piscinas, área de convivência, churrasqueiras, auditório, marcenaria e salas de cinema.

CONCLUSÃO

Os CAPS são serviços que estão em processo de implantação e de adaptações, visto que sua construção nasceu de uma estratégia de mudança num momento de ruptura com o modelo dos hospitais psiquiátricos. Tratando-se de um modelo novo de atenção à saúde mental é plausível que

sejam avaliadas, a partir de dados concretos, como é a ambiência destes locais. A avaliação é essencial para o processo de organização e de aprendizagem, pois procura diagnosticar problemas que, a partir da tomadas de decisões, serão importantes na elaboração de alternativas que procurem concretizar e organizar melhor os serviços.

A ambiência é um fator que deve ser levado em consideração quando se pensa em saúde. Concluir que a ambiência é vista como boa ou ótima nestes locais garante que o tratamento seja mais agradável proporcionando mais conforto aos usuários já que o ambiente interfere diretamente na vida dos indivíduos. Assim, elaborar espaços que se preocupem com o tipo de morfologia, iluminação, cheiro, que sejam organizados, limpos e alegres tornarão o tratamento mais acolhedor.

Os resultados deste estudo não podem ser vistos com o objetivo de depreciação das unidades e sim como um olhar crítico construtivo para que as deficiências presentes possam ser identificadas para posteriormente serem sanadas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro*. São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Santa Catarina, v. 1, n.1, jan./abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação. *Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde*. PNASS. Ed.2004/2005. 69p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: ambiência. Brasília; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. n. 9, jul. 2011.

CAPSUL I. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: projeto de pesquisa. Pelotas, 2007.437p.

CAPSUL II. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: projeto de pesquisa. Pelotas, 2011.89p.

CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP, São Paulo, v. 6, n. 1, p.60-70. 2007.

DONABEDIAN, Avedis. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194p.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, México, v.260, n.12, p.1734 –1748. 1988.

FIRMINO, Hiram. Nos porões da loucura. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. 312p

KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, F.R.; HECK, R.M.; BIELEMANN, V. L. M.; SCHWARTZ, E. ; COIMBRA, V.C.C.; LANGE, C.; SOUSA, A.S. Contribuições Do Estudo De Avaliação Dos Centros De Atenção Psicossocial Da Região Sul Do Brasil. Caderno Brasileiro de Saúde Mental [da] Universidade de Santa Catarina, v.1, n.1, Jan./abr. 2009.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VI ARTIGO III

PERFIL DOS COORDENADORES DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL⁵

Lilian Cruz Souto de Oliveira⁶

Artigo Original

Autor Correspondente:

Lilian Cruz Souto de Oliveira
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Rua Gomes Carneiro, 1 - 96010-610 - Pelotas-RS-Brasil
E-mail: lica.cso@hotmail.com

⁵Estudo extraído da Dissertação de Mestrado e parte integrante da Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II).

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPel. Especialista em Atenção Psicossocial pela UFPel. End.: Faculdade de Enfermagem da UFPel, Rua Gomes Carneiro, 1. CEP: 96010-610. Pelotas-RS Brasil. Telefone: (53)39211523. E-mail: lica.cso@hotmail.com

PERFIL DOS COORDENADORES DOS CAPS DA REGIÃO SUL DO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

RESUMO: Estudo de caráter censitário descritivo, cujo objetivo foi caracterizar o perfil dos coordenadores que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O questionário auto-aplicado foi respondido por 76,62% dos coordenadores da Região Sul do Brasil de junho de 2011 a novembro de 2012 e foi analisado no programa STATA 12.0. Os resultados encontrados mostraram que a maioria dos coordenadores é formada por mulheres (84%), profissionais Psicólogos (38%) e possuem Pós-Graduação (68%). Identificamos que 33.19% dos coordenadores trabalham em outros locais e verificou-se que a gratificação é referida por 56,40% dos coordenadores e apresentou uma grande variação nos valores recebidos. Conhecer o perfil dos coordenadores dos CAPS dos Estados do Sul do Brasil nos possibilita elaborar estratégias que auxiliem na atuação e gerenciamento destes profissionais.

PALAVRAS-CHAVES: Serviços de Saúde Mental; Estrutura dos Serviços; competência profissional.

INTRODUÇÃO

Na saúde mental o processo saúde-doença é tão ou mais complexo do que nas outras áreas da saúde, uma vez que ainda há muito a ser feito para a efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil. Por existir esta fase de transição na atenção psicossocial é importante que existam estudos direcionados nesta área que ao mesmo tempo tão nova e tão velha conhecida (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Na sociedade moderna só tinha-se espaço para a razão, a loucura representava a escória da sociedade, os doentes mentais eram afastados do meio social e colocados em instituições isoladas claramente articuladas, mais severas que o vale dos leprosos (FOUCAULT, 1997). A psiquiatria passava a fazer parte de mais uma categoria das especialidades médicas e assim as práticas assistenciais de confinamento, exclusão, abandono e humilhação elevaram os manicômios a categoria de hospitais (FOUCAULT, 1992).

Influenciada no Brasil pelo modelo italiano Basagliano de desinstitucionalização na psiquiatria, o Movimento da Psiquiatria Democrática iniciou com o intuito de buscar alternativas para o cuidado, tratamento e reabilitação do paciente com transtorno psíquico, visando à substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial por ambientes mais “familiares” de cuidado (AMARANTE, 2006).

Assim, um dos potentes cenários para a pesquisa em saúde mental é o Centro de Atenção psicossocial (CAPS), serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental no território, bem como para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

Visto a importância e necessidade de conhecer os coordenadores destes locais para o fortalecimento e avanço das políticas de saúde mental, é que este estudo pretende se inserir ao propor caracterizar o perfil dos coordenadores de CAPS.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de caráter censitário realizada com os coordenadores dos CAPS da Região Sul do Brasil de junho de 2011 a novembro de 2012. O universo deste estudo foi constituído por 236 (76,62%) coordenadores que responderam a um questionário estruturado auto aplicado, dividido em três módulos (I, II e III) através do sistema eletrônico FORMSUS.

Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram: ser coordenador de um CAPS da Região Sul do Brasil e concordar em participar da pesquisa mediante aceite do termo de consentimento livre e esclarecido.

O estado do Paraná foi representado por 74 coordenadores (74%), o estado de Santa Catarina por 55 coordenadores (72,36%) e o Rio Grande do Sul por 107 coordenadores (70,39%).

Os coordenadores que não responderam ao questionário foram contatados novamente (cinco vezes) e aqueles que referiram dificuldades em responder foram-lhes enviado através do correio eletrônico o questionário que posteriormente foi transportado ao sistema eletrônico FORMSUS. Ainda, evitando um maior número de perdas possíveis, foram enviados pesquisadores treinados e capacitados a 23 cidades para entregar o

questionário impresso aos coordenadores que referiram, por contato telefônico, dificuldade em acessar a internet. Após, os dados também foram transportados ao sistema eletrônico FORMSUS.

Os dados obtidos foram analisados no programa estatístico Stata 12.0, utilizando-se a estatística básica de análise descritiva. A perda total do estudo entre os coordenadores que não responderam ao módulo I foi de 23,37% relacionadas a recusas.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa maior denominada “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL II)”. Originalmente o estudo incluiu coordenadores, trabalhadores, usuários e familiares dos Centros de Atenção Psicossocial.

Para este recorte foram utilizadas as variáveis referentes ao perfil sóciodemográfico dos coordenadores como “sexo”, “idade”, “profissão”, “pós-graduação”, “carga horária”, “tempo trabalho”, “ingresso no serviço”, “vínculo empregatício”, “trabalho em outro local”, “escolha do coordenador” e “gratificação”. Foi ainda acrescentada a pergunta aberta “Quais são as tarefas no serviço como coordenador?”.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, em 21 de março de 2011, ata nº 001/2011, protocolo interno nº 017/2011. Todos os sujeitos expressaram a autorização de divulgação optando por participar da pesquisa considerando a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os dados apresentados são referentes ao perfil sóciodemográfico dos 234 coordenadores estudados.

Evidenciou-se que 84,98% (n=198) dos coordenadores eram do sexo feminino e os coordenadores do sexo masculino foram representados por 15,02 % (n=35). A média de faixa etária foi de 39 anos variando de 23 a 62 anos. Em Pesquisa realizada por Mendes (2007) sobre o perfil de Coordenadores de Saúde Bucal de 38 municípios do estado de São Paulo, constatou que a média de idade foi de 40 anos variando de 27 a 58 anos. A

pesquisa CAPSUL (2007) CAPS mostrou que a média de idade dos envolvidos foi de 25 a 51 anos.

Em relação à Profissão verificamos que a maioria eram Psicólogos 38,46% (n=90) e em segundo lugar Enfermeiros 29,93% (n=56) . Além destas, as outras profissões mais referidas foram: Assistentes Sociais 13,68% (n=32), Médicos 4,27% (n=10), Pedagogos 2,56% (n=6) e Terapeutas Ocupacionais 5,13% (n=12).

A realização de Pós-graduação pelos Coordenadores dos CAPS foi de 68,24% (n=159). Destes, 55,56% (n=85) apresentam especialização na área de saúde mental. A atuação em residência na saúde mental foi de 5,41% (n=8) e o mestrado em saúde mental foi referido por 6,85% (n=10) dos coordenadores. Destes, apenas 0,69% (n=1) referenciou doutorado na área. Na pesquisa CAPSUL (2007) em relação à pós-graduação, 20% dos coordenadores apresentavam somente ensino superior, enquanto que 76,67% possuíam pós-graduação completa. Em estudo realizado por Fernandes et al (2009) mostrou que a maioria possui pós-graduação, no entanto, somente 11,1% possuem pós-graduação em saúde pública e 5,6% em saúde da família. Além disso, algumas descreveram como dificuldade para a realização de suas atribuições não ter formação específica em gerenciamento.

Este estudo demonstrou que 30,74% trabalham há 2 anos ou menos, 30,3% entre 2 e 4 anos, 18,1% de 4 e 6 anos e 20,78 acima de 6 anos. Artigo de Rocha et al (2009) sobre o perfil de 94 enfermeiros coordenadores do PSF mostrou que em relação ao tempo de trabalho em PSF, 46,8% atuam na área entre 5 a 7 anos, sendo 58,5% entre 2 e 4 anos na equipe atual e ainda, que 3,2% estão há mais de 8 anos na mesma equipe.

Estudo realizado por Fernandes et al (2009) em relação a gerência nos serviços de saúde mostrou que a maioria das gerentes possui um tempo de experiência de 6 a 10 anos em saúde pública, porém estão no cargo de gerência a menos de 2 anos.

Tabela 1- Características de Trabalho dos Coordenadores da Região Sul do Brasil. Pelotas, 2012.

Variável	n=236*	%
Ingresso no Serviço		
Concurso	154	65.81
Contrato	46	19.66
Indicação	25	10.68
Outro	9	3.85
Vínculo Empregatício		
Consolidação das Leis Trabalhistas	51	22.27
Estatutário	141	61.57
Contrato Emergencial/Temporário	15	22.27
Outro	22	9.61
Trabalho em outro Local		
Não	157	66.81
Sim	78	33.19
Escolha do Coordenador		
Eleição	20	9.35
Indicação Secretário Municipal de Saúde	137	64.02
Outro	57	26.64
Gratificação		
Não	92	43.60
Sim	119	56.40

*Algumas variáveis foram ignoradas pelos participantes.
Fonte: CAPSUL II, 2012.

O ingresso no serviço de 3.85% (n=9) citado com “outros” como demonstra a Tabela 1, foi através de seleção de empresa terceirizada, teste seletivo, estagiário selecionado, apresentação de currículo ou entrevista.

O tipo de vínculo empregatício referido como “outros” (tabela 1) foi de 9,61% (n=22), sendo a metade destes preenchido por cargos de confiança. Identificamos que 33,19% (n=78) dos coordenadores trabalham em outros locais. Estudo realizado por Menezes e Carrera-Fernandes (2003) comparou trabalhadores com uma ou mais ocupação e constatou que o rendimento médio dos trabalhadores no trabalho principal foi inferior ao rendimento da ocupação adicional. Este índice é muito importante visto que os CAPS são

locais que necessitam de grande dedicação e a presença de um coordenador em tempo integral favorece a dedicação e o vínculo entre os envolvidos.

A escolha da maioria dos Coordenadores foi por indicação do Secretário Municipal de Saúde 64,02% (n= 137) como mostra a Tabela 1, já os 26.64% (n=57) referido como “outros” se deu através da escolha pelos trabalhadores dos CAPS (acordo pelas equipes, experiência, qualificação, reconhecimento técnico, rodízio de profissionais na equipe ou escolha pelo Prefeito). Estudo do CAPSUL (2007) mostrou que 51,72% dos coordenadores ingressaram por concurso, 27,59% por contratação, e 17,24% através de indicações.

A gratificação pelo cargo é referida por 56,40% (n=119) dos coordenadores e teve uma grande variação nos valores recebidos. O valor máximo ofertado pelos três estados foi de R\$ 4.300,00, já o valor mínimo foi de R\$ 30,00, enquanto que 43,60% dos profissionais não recebem adicional no salário por exercer uma coordenação. Pesquisa realizada por Mendes (2007) constatou que apenas 68,42% dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios estudados recebiam gratificação pelo cargo.

As principais tarefas elencadas pelos coordenadores nos CAPS foram: administrar; coordenar (equipe, reuniões); planejar; fiscalizar; avaliar; supervisionar; elaborar; gerenciar; organizar (tarefas, trabalho, relatórios, atividades, projeto terapêutico individual); orientar; participar (projetos, reuniões externas) e realizar grupos e atendimentos.

CONCLUSÃO

Os CAPS são serviços que estão em processo de implantação e de adaptações, visto que sua construção nasceu de uma estratégia de mudança num momento de ruptura com os hospitais psiquiátricos.

Os coordenadores dos CAPS têm papel fundamental na consolidação da reforma psiquiátrica visto que o gestor é o elo entre os usuários/familiares e secretarias. Dessa forma, o coordenador precisa conhecer as Portarias que se aplicam aos CAPS, devendo estar sempre atualizado de eventuais complementos. A Pós-graduação é uma forma de se aproximar do conhecimento e foi verificado que mais da metade dos

coordenadores já a possuíam o que demonstra profissionais mais qualificados.

A gratificação é um índice que carece de atenção por parte dos gestores já que ao exercer um cargo importante como este a responsabilidade aumenta e suas atribuições também.

Sendo assim, é plausível que estudos periódicos sejam realizados já que conhecer o perfil destes coordenadores nos possibilita elaborar estratégias que auxiliem na atuação e gerenciamento destes profissionais. Ter essa ferramenta em mãos pode ser um auxílio na melhoria dos serviços, pois os coordenadores influenciam diretamente nas ações dos CAPS já que possuem uma infinidade de tarefas e responsabilidades.

REFERÊNCIAS

AMARANTE. P. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro*. São Paulo, n. 164, p. 30-35, set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CAPSUL II. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: projeto de pesquisa. Pelotas, 2011.89p.

CAPSUL. Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil: relatório de pesquisa. Pelotas, 2007.437p.

DONABEDIAN. A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. Ediciones Copilco, S. A. 1984. 194p.

DONABEDIAN. A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, México, v.260, n.12, p.1734 –1748. 1988.

FERNANDES. L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciência saúde coletiva* [online]. v.14, supl.1, p. 1541-1552. 2009.

FOUCAULT. M. *História da loucura*. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. 551p.

FOUCAULT. M. Microfísica do poder. 10.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

HARTZ. Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.2. 2004.

MENDES, S, Henrique. O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à atenção básica (SUS). Dissertação Mestrado. Faculdade de Odontologia de Bauru.

MENEZES, W. F.; CARRERA-FERNANDEZ, J. Necessidades e os condicionantes da segunda ocupação. Análise Econômica, Porto Alegre, v. 21, n. 39, p. 189-209, 2003.

ROCHA, B. S. ; MUNARI, D.B. ; BEZERRA, A. L. Q. ; MELO, L. K. A. Enfermeiros coordenadores de equipe do programa saúde da família: perfil profissional. Revista Enfermagem (UERJ), v. 17, p. 229-233, 2009.

Wetzel. C.; Kantorski. L.P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. Texto Contexto Enf. Out-Dez. 13 (4) 593-8. 2004.

VII CONCLUSÃO

Conclusão

Ao me propor trabalhar com a avaliação da *estrutura* dos CAPS da Região Sul do Brasil baseado na metodologia de Donabedian e sua adequação quanto a Portaria 336/2002, foi necessário percorrer um longo caminho de estudos, revisões de literatura, participações em encontros e discussões, para que enfim eu pudesse me familiarizar com estes assuntos.

Este trabalho se constituiu em um grande desafio já que foi realmente o meu primeiro contato com estes temas. Trabalhar com a saúde mental me proporcionou conhecer esta longa trajetória de luta por uma vida digna aos pacientes com transtornos psíquicos. Entender, sobretudo o sofrimento que estas pessoas passaram durante os séculos em que viveram reclusas até que enfim pudessem compartilhar de uma vida em comunidade mostrou-me principalmente que é possível enfrentarmos os desafios e irmos atrás dos nossos sonhos. Sabemos que o caminho foi longo, pessoas inocentes sofreram com o preconceito de uma sociedade medieval e foram tratadas como presos em cativeiros. Graças a estudiosos e indivíduos comprometidos que enfrentaram “muros de concreto” é que hoje rompemos com este paradigma de que quem é “louco” deve viver às sombras da sociedade.

Também, devido à luta constante destas pessoas que acreditaram que era possível transformar a sociedade, é que hoje possuímos locais adequados de cuidados para os que sofrem. Conhecer um pouco deste “novo ambiente” de tratamento ajudou-me a entender o porquê do empenho em busca de condições melhores em prol da saúde destas pessoas. Ao participar da pesquisa tive a oportunidade de conhecer o sofrimento de alguns usuários que suportaram, no passado, os tratamentos reclusos e desumanos.

Diante disto, ter a oportunidade de conhecer a *estrutura* dos CAPS a partir da análise de seus coordenadores nos permitirá elaborar planos e metas a fim de melhorar o seu funcionamento. Pois, segundo a metodologia de análise da tríade *estrutura, processo e resultado*, para ter uma boa base estrutural para que o processo e o resultado se concretizem.

Neste estudo percebemos que a *estrutura* dos CAPS carece de algumas melhorias e adequações, no entanto pudemos verificar que a maioria dos CAPS já oferece um serviço em ótimas condições aos seus usuários o que demonstra uma atenção por parte dos gestores com a saúde mental.

Compreendemos que os avanços são grandes e desta forma esperamos que este conhecimento sirva como subsídio para que mudanças e melhorias sejam realizadas nos CAPS, onde hoje entendemos ser o local ideal de tratamento às pessoas com transtornos psíquicos. A limitação deste estudo foi pela omissão dos coordenadores dos CAPS que não responderam ao questionário mesmo perante aos insistentes contatos realizados no período da coleta. Diversos fatores podem ter ocasionado essa ausência como a sobrecarga de trabalho, a não priorização em responder ao questionário ou ao fato de não existir internet naquele serviço.