



25 a 28  
setembro  
2024  
Campus Central UEPG  
Ponta Grossa | PR

Explorando as Interseções das Inteligências  
Artificiais na Sociedade Atual

Realização:



Apoio:



COMTURPG  
COMISSÃO NACIONAL DE TURISMO DE PONTA GROSSA



## DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE MELHORIA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

## CHALLENGES FOR IMPLEMENTING IMPROVEMENT ACTIONS IN PSYCHOSOCIAL CARE CENTERS IN A MUNICIPALITY IN SOUTHERN BRAZIL

### ÁREA TEMÁTICA: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Tatiana Vielmo de Christo Stradiotto, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, [tatiana.stradiotto@ufsm.br](mailto:tatiana.stradiotto@ufsm.br)

Luana Von Grafen Souza, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, [luana.vongrafen@gmail.com](mailto:luana.vongrafen@gmail.com)

Leander Luiz Klein, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil, [leander.klein@ufsm.br](mailto:leander.klein@ufsm.br)

### Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar as potencialidades e dificuldades que influenciam na implementação de ações de reabilitação psicossocial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre aspectos das dimensões de estrutura e processos. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 8 trabalhadores. Na dimensão estrutura observou-se alta demanda dos serviços, absorção de casos leves e moderados, espaços físicos inadequados, falta de equipamentos e materiais específicos para as atividades, deficiências no transporte para ações no território. Na dimensão processos a assistência ao usuário foi avaliada positivamente, no matriciamento há falta de estruturação das equipes, na reabilitação psicossocial os trabalhadores acreditam no potencial terapêutico das atividades e há dificuldades com o financiamento. Conclui-se que a rede psicossocial no município estudado necessita de ampliação e fortalecimento dos serviços tanto nos aspectos de estrutura quanto processos, visando consolidar o cuidado.

**Palavras-chave:** Avaliação; Saúde Mental; Gestão Pública; Reabilitação Psicossocial; Saúde Pública.

### Abstract

*This study aimed to identify the potentialities and difficulties that influence the implementation of psychosocial rehabilitation actions at Psychosocial Care Centers in a city of Rio Grande do Sul. This is qualitative research on aspects of the structure and process dimensions. Semi-structured interviews were conducted with 8 workers. In the structure dimension, there was a high demand for services, absorption of mild and moderate cases, inadequate physical spaces, lack of specific equipment and materials for activities, deficiencies in transportation to actions in*

*the territory. In the processes dimension, user assistance was evaluated positively, in matrix support there is a lack of team structure, in psychosocial rehabilitation workers believe in the therapeutic potential of the activities and there are difficulties with financing. It is concluded that the psychosocial network in the city studied needs to expand and strengthen services in both structural and process aspects, aiming to consolidate care.*

**Keywords:** *Evaluation; Mental Health; Public Management; Psychosocial Rehabilitation; Public Health.*

## 1. INTRODUÇÃO

O campo da Atenção Psicossocial surge no Brasil a partir do movimento inspirado pela Reforma Psiquiátrica italiana na década de 70 e impulsionado pela criação do Sistema Único de Saúde, tendo como propósito viabilizar serviços substitutivos aos manicômios e implantar novas práticas de cuidado integral à saúde, diversas do cuidado restritivo, até então imposto pelas instituições manicomial, assegurando o cuidado em liberdade para pessoas com transtornos mentais e oportunizando direitos e cidadania (Figueiredo, 2019).

Em 2002, estes serviços substitutivos, voltados à atenção ao público da saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram regulamentados e tiveram normatizados a estrutura física, institucional e modalidades de cuidado. Outro avanço se deu a partir da composição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, quando houve uma organização maior dos serviços de saúde mental no país, garantindo a articulação e integração dos pontos de atenção com foco no território e cuidado multidisciplinar e integral à saúde (Brasil, 2004, Brasil, 2011; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Entretanto, essa mudança na lógica do cuidado teve fraco envolvimento da sociedade civil, assim a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi promovida principalmente como política pública de saúde e este processo, ainda que represente avanços substanciais, está longe de ser considerado plenamente exitoso. Mesmo após passarem-se 20 anos da criação dos CAPS, ainda há fragilidades relevantes em diversos pontos: no financiamento para implementação plena de diversos componentes, na qualificação dos recursos humanos, na qualidade da informação produzida pelos serviços, na articulação de rede entre os vários componentes do sistema e na sustentabilidade das associações de usuários e projetos e inclusão nos campos do trabalho e economia solidária. Evidencia-se ainda, as atuais tendências ao recolhimento institucionalizado de usuários de álcool e outras drogas, de idosos, e de crianças e adolescentes vulneráveis por diferentes condições, retrocessos ante a fundamentação teórica reformista. (Almeida, 2019; Cruz et al., 2020; Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian, 2015; Onocko-Campos, 2019).

Nesta senda, a Gestão de Processos surge trazendo um paradigma de eficiência e eficácia organizacional que incorpora a perspectiva de conhecimento, acompanhamento e melhoria do ciclo de vida de um serviço a ser entregue à sociedade. Neste contexto, a adoção, por estes órgãos, de uma visão organizacional oriunda do setor privado, que engloba, segundo Barbará et al. (2008), o planejamento, a organização, a liderança e o controle de tudo que é feito na organização, pode representar uma nova abordagem em gestão pública em que se valoriza a organização interna, para fins de satisfação das necessidades do cliente (usuário).

Considerando o recente cenário nacional de desmonte da RAPS, as fragilidades apontadas em diversos estudos da área, além do aumento da prevalência das doenças relacionadas aos transtornos mentais no contexto pós-pandemia, estudos avaliativos ganham importância, subsidiando gestores e trabalhadores na escolha de estratégias organizacionais e melhor gestão dos recursos. Outro aspecto é a insuficiência de estudos envolvendo avaliação dos CAPS nas dimensões estrutura, processo e resultados, principalmente no âmbito municipal, não sendo tradição desta área da saúde desenvolvê-los, além dos poucos e ineficientes indicadores

avaliativos diante da complexidade de quantificar os aspectos singulares da saúde mental (Onocko-Campos et al., 2017; Silva; Lima, 2017; Rocha, 2022).

De acordo com Silva et al. (2020) avaliar os serviços de saúde mental pode contribuir no desenvolvimento de ações especializadas por profissionais de saúde e órgãos competentes, proporcionando aos usuários condições mais humanizadas e de qualidade.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é identificar as potencialidades e dificuldades que influenciam na implementação de ações de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de um município do estado do Rio Grande do Sul na visão dos trabalhadores destes serviços.

Para fins de organização este artigo foi estruturado em quatro seções: na primeira, apresentam-se as principais contribuições teóricas nas quais a pesquisa se apoia; na segunda, demonstra-se a metodologia utilizada no estudo; na terceira seção, descrevem-se os principais resultados encontrados, bem como as contribuições de outros estudos semelhantes e na última sessão as conclusões levantadas.

## **2. REVISAO BIBLIOGRÁFICA**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, resultado do movimento de reestruturação de 1978, foi um processo de profunda transformação visando a superação do paradigma manicomial. Doravante a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, houve o advento de redes assistenciais e a expansão de serviços comunitários, com projetos de desinstitucionalização, experiências de arte e cultura e economia solidária proporcionando aos egressos de longas internações o retorno ao convívio em sociedade (Amarante; Nunes, 2018; Paladino; Amarante, 2022).

Nesse ínterim, a Política de Saúde Mental, Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, veio para fortalecer o preceito constitucional à saúde, abrangendo a saúde mental, entendida então como resultado de diversos fatores biopsicossociais. Essa passa a considerar a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garante às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base territorial (Onocko-Campos, 2019).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de caráter aberto e comunitário, substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e asilar, que surgiram no Brasil no final da década de 80 e foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 2002. Esses dispositivos têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, além do potencial de desempenhar o papel regulador da porta de entrada assistencial em saúde mental e coordenar a rede de cuidados nessa área seja no âmbito da atenção primária ou da média complexidade (Brasil, 2004).

Além disso, os CAPS compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção (atenção primária e especializada à saúde, urgências e emergências, atenção hospitalar em hospitais gerais, residencial de caráter transitório, serviços residenciais terapêuticos – SRT, apoio social, trabalho e renda) que através de ações intersetoriais envolvendo os três entes federados fortalece o cuidado territorial (Macedo; Camargos, 2021; Onocko-Campos et al., 2018).

Os CAPS estão dispostos em cinco modalidades conforme o porte (recursos humanos, dimensão física e população adscrita) sendo que as regras de estrutura física mínima (dimensão estrutura) e modelo de cuidado (dimensão processos) de funcionamento desses serviços estão descritas na

Portaria nº 336/GM/2002, conferindo a capacidade destes em cumprir as atividades para as quais se propõem. Nesse sentido, a contemplação das regras de funcionamento, assistenciais e de disponibilidade de recursos humanos é de extrema relevância, pois dá acesso aos recursos financeiros (Onocko-Campos et al., 2018).

Dessa forma, a avaliação em saúde torna-se importante meio no planejamento, gestão e execução, pois para garantir o funcionamento adequado dos serviços é necessária uma análise detalhada das fragilidades do processo e das ações em saúde que comprometem o avanço das propostas elaboradas para o SUS, possibilitando, a partir disso, desenvolver estratégias que contemplem as necessidades e satisfação dos usuários da saúde, permitindo a resolubilidade e a qualidade assistencial, favorecendo aos gestores a tomada de decisões verdadeiramente eficientes e conscientes (Clementino, 2014; Oliveira, 2013; Pinto et. al, 2022).

## **2.1 Avaliação da Dimensão Estrutura nos CAPS**

Donabedian (1993) propõe como método eficaz na avaliação da qualidade dos serviços de saúde a tríade estrutura, processo e resultado. Este método possui fundamentos que podem orientar estratégias na organização dos serviços. A estrutura corresponde a fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado. O processo se refere às etapas que constituem o cuidado de saúde em si, incluindo diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do paciente. O resultado corresponde a finalização desses processos, se positivo, tem-se qualidade. Além disso, como a qualidade apresenta caráter multidimensional e subjetivo, existem diversos significados para os diferentes atores envolvidos: pacientes, profissionais, gestores, financiadores e autoridades governamentais.

Dessa forma, a estrutura corresponde aos aspectos relacionados aos recursos físicos (instalações e equipamentos), humanos (quantidade, variedade e qualificação dos profissionais) e organizacionais (organização das equipes, funções assumidas) (Martins, 2019).

Conforme a legislação vigente, relativo à dimensão estrutura os CAPS devem oferecer no mínimo espaços para acolhimento, atividades individuais e grupais, espaços de convivência com área externa, refeitório para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada usuário do serviço e sanitários adaptados. Em relação aos recursos humanos mínimos para o funcionamento dependerá das características e necessidades de cada local previstas por modalidade do serviço (Brasil, 2004; Brasil, 2015).

Para Oliveira (2013), a estrutura pode ser entendida como o alicerce que sustentará todo o processo saúde-doença na atenção psicossocial, sendo que a avaliação das condições locais é essencial para que processo e resultado se mantenham e se concretizem.

## **2.2 Avaliação da Dimensão Processos nos CAPS**

Donabedian (1993) conceitua processo como aquele associado às atividades exercidas em conjunto pelos profissionais e usuários. A avaliação de processo descreve as atividades, bens e serviços que são prestados e como o são (diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção, ações de educação), corresponsabilidade dos profissionais, dos próprios pacientes e seus familiares.

Nesta dimensão, seguindo a legislação vigente, os CAPS devem oferecer: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social; e ações intersetoriais (assistência social, educação e justiça) (Brasil, 2004).

Ainda, de acordo com a normatização, o modelo de cuidado nos CAPS deve ser pautado no projeto terapêutico singular (PTS) que consiste no conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e não restritas ao ambiente do CAPS, levando em conta diversos aspectos da vida (família, comunidade, trabalho, educação, cidadania), com ações programadas entre usuários e profissionais de maneira transversal, buscando a corresponsabilidade do sujeito (Brasil, 2007).

Essa abordagem converge com o conceito base da proposta de cuidado territorial desses serviços: a reabilitação psicossocial (RP). Conforme Pitta (1996) a RP busca facilitar a autonomia do indivíduo na comunidade, a despeito de suas limitações. Ainda, para Saraceno (2001) a RP está fundamentada em três eixos que envolvem o indivíduo e a sociedade, dependem da capacidade da contratualidade e cidadania do sujeito em esferas como o habitar, a redes sociais e o trabalho. Nessa perspectiva, é preciso ampliar as oportunidades de trocas de recursos e afetos entre pessoas em sofrimento psíquico, profissionais, serviços e sociedade (Morato; Lussi, 2018).

Nesse sentido, se os CAPS são dispositivos que essencialmente promovem RP, logo é de esperar-se que estas ações sejam a expertise do serviço. No entanto, em estudos sobre tal conceito em trabalhadores de diferentes CAPS, demonstrou-se que não há consenso sobre esta definição e que a RP não foi incorporada no cotidiano dos serviços, havendo, portanto, um distanciamento entre o referencial teórico e as diversas práticas em curso (Anastácio; Furtado, 2013).

Na inexistência de parâmetros mais amplos para avaliação dos CAPS, atualmente utiliza-se, a nível estadual, como indicador o matriciamento na Atenção Básica pelos CAPS. Assim, são necessários outros dispositivos de avaliação desses serviços que ampliem o olhar para o interno, contemplando diferentes aspectos que repercutem na saúde de usuários e trabalhadores do local, tais como a infraestrutura, os recursos humanos, o atendimento prestado e o grau de satisfação dos usuários e dos profissionais.

### 3. MÉTODO

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva de aspectos de estrutura e processos dos CAPS do município de Santa Maria – RS. Considerou-se a abordagem qualitativa de Minayo (2012), que busca trazer à luz os motivos, crenças, valores e as atitudes dos atores sociais, sendo este espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos irredutíveis à operacionalização de variáveis. Neste estudo buscou-se, ainda, valorizar a visão dos trabalhadores como partes interessadas (*stakeholders*) no processo saúde-doença.

O município de Santa Maria é sede da regional de saúde, está localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul e tem área geográfica total é 1.780.194 Km<sup>2</sup>, com população estimada de 271.735 habitantes (IBGE 2022).

Em Santa Maria, a implantação dos CAPS iniciou-se em 2002, sendo habilitados atualmente 4 serviços: 1 CAPS II (transtornos graves e persistentes); 2 CAPS AD (transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas); 1 CAPS i (destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais). Serviços estes diurnos, funcionando das 8h às 18h, em 2 turnos, podendo comportar um terceiro turno até às 21 h. (Santa Maria, 2021).

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2024, por meio de entrevistas semiestruturadas de forma presencial, também foram incorporados dados secundários, a partir da observação direta e análise de relatórios das bases de dados do Ministério da Saúde (DATASUS) e Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O roteiro de entrevistas foi elaborado pelos autores tendo como base contribuições de estudos anteriores e legislação pertinente. Este foi organizado em duas dimensões (estrutura e

processos), seguindo a metodologia recomendada por Donabedian (1993), considerando como dimensão estrutura aspectos relacionados ao tipo de demanda atendida pelos serviços e a infraestrutura presente, seja ela relacionada ao espaço físico ou o aparato técnico que subsidia a assistência prestada, e como dimensão processos, aspectos organizacionais relacionados à assistência ao usuário, formação de rede intersetorial e a reabilitação psicossocial.

A seleção dos participantes foi definida por conveniência visando contemplar os quatro CAPS de Santa Maria, totalizando 8 trabalhadores, com tempo de atuação nos serviços em média de 5,5 anos, sendo o critério de exclusão tempo inferior a um ano. As profissões e tempo de atuação no CAPS de cada entrevistado (E1 a E8), estão discriminados conforme a tabela 1.

**TABELA 1 – PROFISSÃO E TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAPS DE CADA PARTICIPANTE**

| ENTREVISTADO | PROFISSÃO             | TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAPS |
|--------------|-----------------------|--------------------------|
| (E1)         | Técnico em Enfermagem | 6 anos                   |
| (E2)         | Agente administrativo | 2 anos                   |
| (E3)         | Fisioterapeuta        | 16 anos                  |
| (E4)         | Psicólogo             | 8 anos                   |
| (E5)         | Enfermeiro            | 1 ano                    |
| (E6)         | Terapeuta Ocupacional | 1 ano                    |
| (E7)         | Assistente Social     | 9 anos                   |
| (E8)         | Psicólogo             | 1 ano                    |

**Fonte: SOUZA, L.V. G.**

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e depois transcritas integralmente. O tempo médio de duração da entrevista com cada participante foi de 25,4 minutos. A análise de dados foi feita por meio do método de interpretação do conteúdo proposto por Minayo (2012), percorrendo as seguintes etapas: a leitura flutuante do material obtido a partir da transcrição das entrevistas; exploração do material e categorização dos dados (corpus) e, por fim, análise dos textos obtidos para a interpretação dos dados.

Os resultados obtidos foram organizados em categoria de análise, sendo a priori as dimensões estrutura e processo e a posteriori as perspectivas profissionais, em seguida foi construída uma matriz de indicadores para apreciação dos principais desfechos.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSAO**

### **4.1 Dimensao Estrutura**

Para a dimensão estrutura foram avaliados os seguintes aspectos: demanda, estrutura física, infraestrutura e recursos humanos.

Quanto a variável demanda, todos os entrevistados referiram ser muito alta, mas compatível com a modalidade do serviço. Os serviços têm atualmente de 650 a 1500 usuários ativos cada, o que corresponde em média a um número de usuários de 4 a 7 vezes maior que a capacidade preconizada pela legislação, podendo ser comparado a cidades de maior porte. A taxa de cobertura do município é considerada boa (1,03 CAPS/100.000 habitantes), entretanto já comportaria a modalidade de CAPS III. Destaque também para os apontamentos sobre a absorção de casos moderados devido às fragilidades da RAPS e as solicitações crescentes dos casos decorrentes da judicialização:

Eu comentei já (...) do CAPS III em Brasilândia, Zona Norte de São Paulo e a demanda deles (...) a população assim é muito maior (...) e eles tem exatamente o mesmo número de usuários que a gente tem (...) então acho que dar esse comparativo (...) pra ter noção de que a gente está superlotado mesmo (E8).

Então a gente por ser infância (...) acaba absorvendo muita coisa que não necessariamente é atendimento de CAPS, por exemplo, os transtornos leves (...) e moderados, que são prioritariamente atendimentos em Policlínica, mas por ser uma faixa etária de infância, a gente, às vezes, acaba absorvendo, por que tem a psicoterapia no ambulatório, mas não tem o profissional médico que atenda a infância (E1).

Quanto à estrutura física, todos os entrevistados referiram que os serviços dispõem de estruturas relativamente adequadas, entretanto faltam salas e espaços maiores para atividades em grupo e as áreas externas, embora utilizadas, não são apropriadas para atendimento. Existem déficits quanto à acessibilidade, em dois serviços os banheiros não estão adaptados. Os imóveis são locados, antigos, têm vários pavimentos e escadas, sujeitos a constantes problemas hidráulicos e de infiltração. Há necessidade de estabelecer parcerias para realizar grupos de práticas corporais e uma limitação das atividades, tanto em número quanto em qualidade, em função da estrutura física disponível:

Já achamos muitas vezes casa, mas aí sempre tranca em alguma coisa (...), mas eu acho que no momento (...) até comporta, mas comporta porque tem uma equipe que também flexibiliza várias questões para poder atender (...) para essas oficinas, não te dá muita possibilidade de expandir, mas sim manter aquilo que a gente tem, não pode ficar criando coisas novas (E7).

A gente tem dificuldade de sala pra atendimento individual, pra acolhimento, pra grupo, (...) a gente acaba, às vezes, atendendo no pátio, então o frio, dia de chuva, acaba sendo um pouco complicado. Eu acho que não tem tanta acessibilidade, por exemplo, o consultório do médico é com escada, então quem vem com cadeira de roda (...) tem que tentar adaptar uma outra sala pra esses usuários (E5).

A respeito do aspecto infraestrutura, os entrevistados mencionaram faltar computadores e impressoras, precisando de uma maior organização da equipe para compartilhá-los. Quatro entrevistados referiram dificuldade no registro de atividades, devido à falta de computadores, e divergências entre o sistema municipal e o federal, um referiu não conseguir registrar suas atividades por impedimentos no sistema utilizado pelo Ministério da Saúde. Todos os serviços contam com pelo menos um telefone. Um ponto positivo considerado foi a disponibilidade de contato por aplicativo de mensagem. Somente um CAPS tem *wi-fi* disponível para a equipe. Dois serviços referiram não ter televisão, pois foram furtadas. O entrave salientado frequentemente foi o transporte disponibilizado pela Secretaria de Saúde tanto para atividades da equipe quanto para assistência ao usuário (atividades e grupo no território e internações), engessando, na opinião dos trabalhadores, as ações de cuidado e construção de rede.

No transporte nós temos bastante problemas, até pra direcionar eles [USUÁRIOS] pras CTs [COMUNIDADES TERAPÊUTICAS], pras internações, é bem complicado (...), mas aí já é um problema que é maior do que a gente, porque já vem de outro local (E2).

Essa é mais uma dificuldade que a gente tem tido de forma até recorrente, atividades externas, principalmente quando envolve transporte com número maior, por falta do ônibus ou de algum carro maior (...) é sempre limitado quanto ao tempo de uso, na maioria das vezes acaba inviabilizando (E1).

Quanto ao material para as oficinas, faltam materiais específicos, a forma de solicitação foi considerada morosa e difícil, impossibilitando a oferta de atividades diversas, também falta capacitação para os profissionais ministrarem as oficinas. Dois serviços referiram manter as oficinas com os próprios recursos obtidos através da venda dos produtos e doações. No momento, apenas um serviço recebe verba externa por meio de projeto para manutenção dessas atividades.

Um outro gap que eu vejo, é a questão dos oficinairos, porque, se pressupõe que (...) o servidor, tenha a habilidades pra fazer algumas coisas. (..) e outras coisas dificultavam, em função da falta de um material mais específico e da abertura do setor público pra compra desses materiais (..) que fogem daquela “caixinha”, do que já é feito. E por isso que eu sempre até defendi (...) da gente ter um valor, por mínimo que seja, porque não são materiais caros (E3).

Todos os serviços recebem almoço para os usuários em tratamento, quanto à outra refeição os trabalhadores referem ser difícil, por não ter quem realize o preparo. Os usuários de baixa renda recebem o benefício municipal para acessar o transporte coletivo e comparecer às atividades. Os serviços estão localizados na região central da cidade e foram considerados pelos trabalhadores distantes do território dos usuários, porém com bom acesso pelo transporte público. Quanto à medicação, não há dispensação nos serviços, sendo realizada pela farmácia municipal, os obstáculos citados foram a falta de medicamentos por problemas com a compra, também a indisponibilidade de medicamentos mais modernos que poderiam beneficiar o tratamento dos usuários.

Medicação é um problema assim, de que não foi atualizada a REMUME que é a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, (...) é uma lista muito antiga e não foi atualizada e a gente sabe que a farmacologia evoluiu e a gente segue oferecendo os mesmos fármacos (...) e pra conseguir medicações de (..) custo um pouco mais elevado é todo um processo também burocrático junto ao a farmácia estadual e é um processo bem difícil pros nossos pacientes (E4).

No aspecto recursos humanos as equipes têm um número superior a 15 profissionais. Todos os serviços contam com profissionais estatutários do município, contratados e residentes compondo a equipe cadastrada no CNES, também são campos de práticas para estágios das universidades locais. As equipes foram consideradas pelos entrevistados bem diversificadas quanto a categorias, porém faltam Psicólogos servidores para atender a grande exigência por essa categoria, também referiram carências de profissionais da Educação Física e Assistência Social que não fazem parte de duas das equipes. Verificou-se que em dois CAPS faltam profissionais de nível médio para completar a equipe mínima conforme a legislação. Um entrevistado destacou a contradição entre a necessidade de formação profissional específica para atuar na saúde mental e a forma de admissão adotada pela prefeitura.

Eu acho que a gente está muito atrasado nisso (...) porque a prefeitura tem um sistema de admissão geral (...), então eu acho que a seleção pra saúde mental deveria ser específica (...) eu vejo uma incoerência disso do município com as universidades porque

os serviços servem de campo de formação (..) e depois não oportunizam, (...) não conta nada como ingresso no concurso do município. Então aí tu admite um profissional que sinceramente não tem qualificação nenhuma pra trabalhar em saúde mental (...) tem alguns artigos (..) que falam muito disso, que um dos pilares mais frágeis da reforma psiquiátrica é a formação profissional (E3).

Referente à dimensão estrutura, estudos semelhantes apontam para a alta demanda dos serviços, descaracterização do modelo de cuidado com inclusão de casos leves e moderados, espaço físico inadequado e sem acessibilidade efetiva, falta de transporte para realização de atividades, falta de materiais para oficinas. Esses aspectos implicam tanto no grau de satisfação dos usuários, quanto na insatisfação com o trabalho na visão do profissional (Clementino et. al, 2018; Costa; Melo, 2022; Eslabão et. al, 2023; Silva et. al, 2018).

Corroborando com os resultados encontrados nesta pesquisa, em investigação sobre as percepções da equipe técnica acerca da inclusão social em um CAPS, identificou-se a carência de recursos para efetivação de atividades do serviço, sendo comum auxílio e doações da comunidade para realização de atividades ou, ainda, a venda de artesanatos para compra de novos materiais, objetivando manter essas atividades (Azevedo et. al, 2019).

Gomes (2021), em análise de um CAPS em Minas Gerais, demonstrou que profissionais, usuários e familiares estavam satisfeitos com a estrutura física do serviço, apesar dos apontamentos da necessidade de reajustes estruturais e insuficiência de recursos materiais para o desenvolvimento das oficinas terapêuticas. Também encontrou equipe profissional quantitativamente de acordo ao preconizado, porém sem o consenso de que fosse satisfatório para atender às demandas do município estudado.

De forma similar, relativo à variável acesso à medicação, Amaral et al. (2021) em pesquisa nos CAPS II e III, em Campinas, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo, identificou a falta de medicamentos psicotrópicos e fragilidades na retomada de atividades laborais por parte dos usuários.

## 4.2 Dimensão processos

Na dimensão processos foram analisados os seguintes aspectos: assistência ao usuário, formação de rede e reabilitação psicossocial (RP). Quanto ao aspecto assistência ao usuário, foram avaliados: acolhimento, ações realizadas, PTS e atendimento à situação de crise. O acolhimento acontece por demanda espontânea, realizado pela equipe multiprofissional, através de escala, funcionando diariamente, exceto no turno de reunião. No caso do CAPS infantil os usuários, normalmente, são encaminhados através da atenção básica que faz a primeira avaliação do caso, direcionando os casos graves. Dois serviços (CAPS AD) contam com grupos para usuários e familiares que estão iniciando o tratamento. Todos os serviços apontaram o acolhimento como espaço resolutivo, com potencial direcionador do cuidado.

“O acolhimento, a gente sempre tem alguém disponível pra receber as demandas, tentar ajudar as pessoas, eu acho que é um dos carros chefes de serviço (...) porta aberta (...) é bem importante (...) recebe a situação e tenta dar um direcionamento” (E4).

“Existe um (...) grupo de familiares onde é repassado todas as informações a respeito do tratamento (...) eles [PROFISSIONAIS] vão direcionar o pessoal pros acolhimentos. Às vezes chega lá: “eu quero uma internação judicial”, só que às vezes não é caso pra judicial, (...) [A EQUIPE] consegue trazer aquela pessoa até o serviço e fazer o tratamento, de forma voluntária” (E2).

Quanto às ações realizadas, existem grupos diversos para usuários em todos os serviços. Somente um CAPS não tem grupo para familiares, porém disponibiliza atendimento a estes

conforme necessidade. Os grupos são vistos pelos entrevistados como atividades com potencial terapêutico muito forte. As dificuldades estruturais como espaço físico reduzido e a falta de alimentação e transporte para atividades "extra muros" é apontada como principais empecilhos para a diversificação do ofertado.

“Acho que o que mais limita pra ter ainda mais grupos é o espaço físico (...) é nítido a potencialidade quando a gente vê os próprios usuários conseguindo manejar o grupo (...) esse espaço, eu acho que ele é mais do que tu ter um profissional na tua frente com um suposto “saber” (...) é uma relação mais horizontal, e na minha opinião (...) funciona melhor (E8)”.

“Hoje nós temos grupos de artesanato, de futebol, de convivência, também os que exploram outros espaços de territórios, como o grupo da rádio que é realizado na UFSM. Eu acho que tem muitas potencialidades nisso, de circular no território, todos os processos de autonomia e a limitação (...) transporte pra (...) conhecer outros lugares (...), mas pontualmente como obstáculo a falta de recursos (E6)”.

A respeito do PTS, este é construído pela equipe em conjunto com os usuários, pactuado a partir do acolhimento, com registro em prontuário físico ou eletrônico, podendo ser ajustado em qualquer momento, conforme necessário. A adesão do usuário ao proposto, seja por questões individuais, de gênero ou dificuldade de acesso e a alta demanda do serviço são os principais entraves apontados.

“O PTS, então ele é realizado, é uma construção em conjunto com o usuário nesse primeiro contato, onde a gente realiza as pactuações tanto dentro do CAPS como fora também, no território, no cotidiano. Dificuldades (...) tem alguns casos específicos, dos usuários que estão vinculados aos serviços, tipo alguns SRTs [SERVIÇOS RESIDENCIAIS CONTRATADOS] (...) que esse acompanhamento, muitas vezes, é pactuado, a participação em alguns grupos, algumas atividades, mas nem sempre o usuário tem acesso a isso, seja por transporte, seja por funcionamento do serviço [SRT]. Então muitas vezes é realizado o PTS, essas combinações (...), mas por algumas barreiras esse usuário não consegue acessar (E6)”.

Quanto ao atendimento à situação de crise, não há protocolo formalizado, todos os serviços seguem orientações de inicialmente usar manejo verbal, buscar ajuda internamente, seja agilizando consultas, ajuste medicamentoso ou realizando escutas, possibilitando que nesses momentos o usuário tenha maior frequência no serviço e em situações mais graves acionar o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) que irá encaminhar a pessoa a uma unidade de pronto-atendimento para avaliação e conduta.

“A gente não é considerado um serviço de urgência e quando precisa a gente pede suporte do SAMU, pede pra pessoa ser avaliada, quando tem riscos iminentes (...). Uma facilidade que eu considero foi um grupo de *WhatsApp* que foi criado com os serviços da RAPS que nesse grupo está também representantes dos serviços de urgência da cidade. Isso aí foi uma coisa que facilitou bastante a troca de informações, diálogo sobre os casos beneficiando o paciente (E4)”.

Quanto ao aspecto formação de rede foi avaliado o matriciamento realizado com a atenção básica, todas as equipes realizam essa atividade, porém somente duas têm esse planejamento incluído na rotina, uma através das residências multiprofissionais e outra com os profissionais da equipe. Os serviços que não fazem apoio matricial regularmente salientaram as dificuldades em sistematizá-lo, pela alta demanda de atividades internas e dificuldades de locomoção, apesar disso a meta desse indicador no município estudado, nos últimos cinco anos (2019-2023) foi cumprida conforme dados do DATASUS.

“O pessoal da residência que faz essa parte de matriciamento (...) as meninas vão por conta, infelizmente esse acesso via transporte não tem (...) dispõe do bolso delas pra ir até o local (...) esse ponto é bem complicado (E2)”.

“Acho que o matriciamento é um pouco complicado e volta de novo, na equipe que é pequena pra quantidade de demandas que a gente tem no serviço, então acabou que é uma decisão deixada um pouco de lado (E5)”.

Com relação ao aspecto RP, foram avaliados a presença de ações de protagonismo do usuáris tais como projetos de Economia Solidária e afins, participações em fóruns, coletivos e outros espaços sociais e apoio à inserção de usuáris no mercado de trabalho.

Atualmente existem dois projetos bem estruturados nos serviços estudados: o grupo Gotas de Afeto do CAPS Prado Veppo, existente desde 2009, trabalhando com a confecção de artesanato e venda com apoio do Projeto de Economia Solidária Esperança/Coesperança e o Corre Dazarte, projeto instituído a partir da oficina de serigrafia do CAPS Companhia do Recomeço e incubado pela Incubadora Social da UFSM. Outras oficinas, tais como a de mandalas (CAPS i O equilibrista) e sabonetes (CAPS AD Caminhos do Sol) realizam as vendas internamente e participam dos espaços utilizados pelos projetos citados.

Outras iniciativas visando a RP são a participação em fóruns, conferências, reuniões do Conselho de Saúde da Câmara Municipal, grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no território. Para o usuário em período de afastamento ou retorno ao mercado de trabalho o apoio é realizado pelos profissionais de referência, porém não existem iniciativas de reinserção. Os projetos e atividades de geração de renda são considerados pelos trabalhadores como espaços potentes: de cidadania, construção de projetos de vida, autonomia, protagonismo, reconstrução da contratualidade, valores tão estimados nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, no entanto são iniciativas ainda pequenas e pontuais dos serviços, diante da complexidade da reabilitação na saúde mental, ponto a ser melhorado nos serviços conforme as falas citadas.

“Teve enfraquecimento das políticas de saúde mental, assim centralizou no CAPS muita coisa, a parte do tratamento, acolhimento, parte de ajudar na desinstitucionalização, evitar a institucionalização e as questões do mercado de trabalho, tentar reinserção da pessoa no trabalho, tem muita coisa (...) que se espera do CAPS (...) e a reabilitação é uma das partes bem importantes que a gente tem que ser sincero que a gente não está conseguindo. A gente faz algumas iniciativas sim, pontuais, de ajudar o pessoal a conseguir emprego (...) tem que melhorar muito e não partir só do CAPS, teria que ser algo mais, com investimento em outras coisas, outros pontos da rede (E4)”.

“Acho muito difícil é conseguir fazer o trabalho de reabilitação, reinserção, parece que é uma etapa adiante, parece que a gente está sempre preso nas etapas anteriores, (...) conseguir melhorar a relação familiar, poder tá conseguindo dar andamento no tratamento e parece que não chega na etapa seguinte (E8)”.

No estudo de Silva et. al (2020), sobre o grau de implantação de um CAPS II em Pernambuco, observou-se resultados similares, na dimensão processo o subcomponente ‘acolhimento’ foi um dos mais bem avaliados e os piores foram ‘atendimento individual/medicação’, ‘atenção à situação de crise’, ‘atendimento em grupo/oficinas terapêuticas’ e ‘reabilitação psicossocial’. O serviço também não possuía protocolo de atenção à crise, porém realizava matriciamento com a atenção primária e com serviço de urgência. Ainda, se percebeu a baixa adesão das famílias nos espaços dos grupos terapêuticos.

Em pesquisa com usuáris de um CAPS II na região oeste de São Paulo, sobre as dificuldades e as possibilidades de usuáris em construir sua rede social ampliada, foi identificado que o

CAPS era um espaço de pertencimento e acolhimento, produzido mudanças favoráveis na vida dos usuários e formação de relacionamentos. Apesar dos avanços em relação a uma rede social fora do CAPS ainda serem tímidos, foi possível observar ações que promovem a interação em outros ambientes sociais, sendo um potencial do CAPS aparentemente pouco explorado, merecendo atenção dos profissionais de saúde, a fim de encontrar caminhos que oportunizem a efetiva inclusão social (Salles; Barros, 2013).

Eslabão et. al (2023), na avaliação qualitativa do acesso e acolhimento em CAPS da região Sul do Brasil, apontaram para ações focadas no modelo biomédico e ambulatorial, com pouco investimento em recursos interdisciplinares, necessidade de espaços de educação permanente direcionando cuidados mais efetivos e de ações interdisciplinares e em rede. Resultado semelhante ao encontrado por Valério (2022), em levantamento sobre a implantação da RAPS em Salvador, houve o predomínio do modelo de saúde médico hegemônico hospitalocêntrico com baixo foco no território e na atenção básica e a não priorização da implementação da rede de atenção psicossocial.

Fonseca (2020), em pesquisa sobre a reabilitação social, percebeu que o CAPS é classificado como ambiente acolhedor e de referência para os usuários, no entanto os processos de reabilitação deixam a desejar, uma vez que há tendência à institucionalização dos profissionais, frente aos desafios de construir uma prática inovadora.

Nóbrega et. al (2018), descreveram estratégias de RP em São Paulo, apontando a Economia Solidária como forte estratégia para potencializar o resgate do poder contratual dos usuários, oportunidade de gerar renda e capacitação por meio do trabalho, e principalmente construir espaços de socialização, aprendizagem e cooperação. No entanto, evidenciaram barreiras devido às fragilidades de recursos humanos, físicos e estruturais para sustentá-las.

### **4.3 Dimensão perspectivas profissionais**

Nesta dimensão foi avaliada o aspecto de gestão através da presença de reunião de equipe de forma sistemática. Todos os serviços realizam reuniões de equipe semanais. Ainda, os trabalhadores puderam acrescentar suas considerações, sendo manifestadas questões relativas às dificuldades em realizar o trabalho, pelas singularidades da saúde mental. Destaque para a importância de se construir espaços que proporcionem não só educação continuada, como também cuidado com a saúde do trabalhador.

“O atendimento no serviço de Saúde Mental é um cuidado diário, a gente é resiliente, (...) faz o trabalho porque realmente é o que gosta, porque é maçante, é estressante, é cansativo, tem muita coisa, mas é algo significativo e tu sabe que tu tá fazendo o bem para outra pessoa, então isso nos faz seguir em frente, acho que isso é o que mais importa (E1)”.

“Uma coisa que a gente gostaria de ver mais: pessoas fazendo parte da sociedade, não apenas se sentindo em casa no CAPS, ou acolhido no CAPS, por ser um lugar que tenta respeitar as diferenças ou as limitações e isso entristece um pouco a gente, a pessoa ter apenas o CAPS como referência, além da família, e não conseguir se sentir parte em outros locais, em outras instituições na vida social como um todo (E4)”.

Em estudo avaliativo da qualidade dos serviços e o nível de satisfação dos profissionais de saúde em relação à sobrecarga de trabalho nos CAPS de Campina Grande, conclui-se que a alta demanda, complexidade dos casos, remuneração insuficiente, vínculos frágeis, problemas de comunicação com a equipe, instalações deficitárias e ausência de recursos materiais e humanos, entre outros desafios na prática laborativa, têm levado à exaustão e ao adoecimento físico e mental desses profissionais, gerando insatisfação no trabalho (Clementino et al., 2018).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica proporcionou um reordenamento dos serviços de atenção à saúde mental, com novas práticas na perspectiva psicossocial. Os CAPS são dispositivos criados para agir como promotores dessa mudança, como espaço de construção de cidadania, protagonismo e reinserção social, modificando o lugar que o usuário ocupa na sociedade, no entanto, devem contar com suporte estrutural e organizacional da gestão para práticas mais efetivas e condizentes à reabilitação psicossocial.

Este estudo teve o objetivo de investigar as potencialidades e dificuldades que influenciam na implementação de ações de reabilitação psicossocial desenvolvidas pelos (CAPS) na visão dos trabalhadores destes serviços. Na dimensão estrutura observou-se como resultados principais a alta demanda dos serviços, absorção de casos leves e moderados devido às fragilidades da RAPS, espaços físicos inadequados com carência de acessibilidade, falta de equipamentos e materiais específicos para a realização das atividades, deficiências no transporte para atividades da equipe e ações com os usuários no território, dificuldades com o acesso à medicação. Na dimensão processos o aspecto assistência ao usuário foi avaliado positivamente, principalmente em relação ao acolhimento e ações realizadas. Quanto ao PTS a alta demanda dos serviços e as dificuldades de adesão foram os principais obstáculos. Na variável atenção à crise a demora e burocracia para conseguir leito foi um empecilho. No aspecto matriciamento a falta de estruturação da equipe pela alta demanda e entaves no transporte se destacaram. No aspecto reabilitação psicossocial os trabalhadores expressaram a crença no potencial terapêutico das ações, as dificuldades apontadas foram com transporte e financiamento para as atividades, além da barreira de estabelecer rede com outros setores no campo do trabalho. Na dimensão perspectivas profissionais, observou-se trabalhadores cansados e sobrecarregados sem um suporte estrutural satisfatório, mesmo assim, estes permanecem resilientes, confiantes na efetividade da práxis do cuidado psicossocial.

Salienta-se que a RAPS no município estudado carece, portanto de ampliação e fortalecimento dos CAPS já existentes tanto nos aspectos de estrutura quanto processos, além do aumento do quantitativo de dispositivos e ampliação para CAPS III, fortalecimento da atenção básica, criação de SRT públicos e construção de parcerias para fomentar iniciativas nos campos da economia solidária, mercado de trabalho e renda, em vistas de consolidar a atenção psicossocial.

Como limitações do presente estudo, evidenciam-se o fato de ter focado em apenas um município, a agregação de dados de estrutura e processos em um mesmo trabalho e utilização de informações oriundas, principalmente, das entrevistas com os profissionais. Sugere-se investigações futuras que possam incluir outros atores com parte do processo avaliativo, tais como gestores da política municipal, usuários e familiares. A avaliação sistemática dos CAPS, considerando suas relações com a rede de serviços gerais de saúde e seu papel ordenador e regulador desta, podem amparar reformulações e acertos de rumo das políticas vigentes para a área, visando a eficácia (Onocko-Campos; Furtado, 2006). Espera-se que este estudo possa subsidiar gestores na identificação de potencialidades e fragilidades dos CAPS e contribua no reconhecimento da importância em utilizar processos avaliativos nesses serviços corroborando na efetivação do modelo psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: O que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00129519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- Amaral, C. E. M., Souza, D. L., Silva, A. S., & Costa, P. A. (2021). Assistência à saúde mental no Brasil: Estudo multifacetado em quatro grandes cidades. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043420>

- Amarante, P., & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.15362017>
- Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2013). Reabilitação psicossocial e recovery: Conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo Sistema de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 72–83. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68691>
- Azevedo, D. M., Silva, J. R., Lima, M. R., & Souza, A. S. (2019). Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista René*, e33537. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/33537>
- Barbará, S. (Ed.). (2008). *Gestão por processos: Fundamentos, técnicas e modelos de implementação: Foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000* (2nd ed.). Qualitymark.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF: Imprensa Nacional.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002: Institui as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Imprensa Nacional.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2nd ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. (2011a). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. (2015). *Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Clementino, F. S. (2014). *Avaliação da estrutura e processo de trabalho dos centros de atenção psicossocial* (Doctoral thesis, Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Repositório da UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/19972>
- Clementino, F. S., Silva, M. G., & Oliveira, R. T. (2018). Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(1), 153–159. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.153-159>
- Costa, I., & Melo, C. F. (2022). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(4), 3–20. <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1447>
- Costa, I., & Melo, C. F. (2022). Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial: Uma revisão integrativa. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(4), 3–20. <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1447>
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: O desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

- Donabedian, A. (1993). Quality in health care: Whose responsibility is it? *American Journal of Medical Quality*, 8(2), 32–36. <http://hdl.handle.net/2027.42/66941>
- Eslabão, A. D., Silva, M. T., & Oliveira, R. A. (2023). Avaliação do acesso e acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 15, e11983. <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11983>
- Figueiredo, A. C. (2019). Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. *Revista Psicologia Política*, 19(44), 78–87. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2019000100009&lng=pt&nrm=iso)
- Fonseca, L. M. (2020). *Escala de avaliação das ações de reabilitação psicossocial para cidadania (ERPC) realizadas em CAPS* (Doctoral thesis, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo). <https://doi.org/10.11606/T.83.2020.tde-08042021-120512>
- Fundação Oswaldo Cruz, & Fundação Calouste Gulbenkian. (2015). *Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil: Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento técnico final*. Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, N. M. R. (2021). *Avaliação de estrutura, processo e resultado do Centro de Atenção Psicossocial de Carmópolis de Minas/MG* (Master's thesis, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem). <https://hdl.handle.net/1843/38530>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *Panorama municipal: Santa Maria – RS. Censo 2022*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>
- Macedo, E. V., & Camargos, M. C. S. (2021). Avaliação da rede de atenção psicossocial: Análise da cobertura dos CAPS em Minas Gerais. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 18(3), 55–68. <https://doi.org/10.21450/rahis.v18i3.7023>
- Martins, M. (2019). Qualidade do cuidado de saúde. In P. Sousa & W. Mendes (Eds.), *Segurança do paciente: Conhecendo os riscos nas organizações de saúde* (2nd ed., rev. updt., pp. 27–40). CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0004>
- Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
- Morato, G. G., & Lussi, I. A. de O. (2018). Contribuições da perspectiva de reabilitação psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 943–951. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1608>
- Nóbrega, M. do P. S. S., Silva, G. B. F., & Sena, A. C. R. (2018). A reabilitação psicossocial na rede oeste do município de São Paulo: Potencialidades e desafios. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017–0231. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0231>
- Oliveira, L. C. S. (2013). *Estudo avaliativo da estrutura dos CAPS da Região Sul do Brasil: Contribuições para a saúde mental* (Master's thesis, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas). <http://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/prefix/5798>
- Onocko-Campos, R. T., & Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: Um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1053–1062. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500018>
- Onocko-Campos, R. T., Almeida, R. M., & Lima, L. D. (2017). Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: Resultados de um desenho participativo. *Saúde em Debate*, 41(spe), 71–83. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S07>

- Onocko-Campos, R. T., Furtado, J. P., Silva, D. D., & Lima, L. D. (2018). Atuação dos Centros de Atenção Psicossocial em quatro centros urbanos no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.113>
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: Avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
- Paladino, L., & Amarante, P. D. de C. (2022). A dimensão espacial e o lugar social da loucura: Por uma cidade aberta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 7–16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19852021>
- Pinto, I. C. M. (Org.). (2022). *Avaliação em saúde: Conceitos e práticas formativas*. EDUFBA. [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/publicacoes/livro\\_avaliacao\\_em\\_saude\\_repositorio.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/publicacoes/livro_avaliacao_em_saude_repositorio.pdf)
- Pitta, A. (1996). O que é a reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In A. Pitta (Org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil* (pp. 19–26). Hucitec.
- Rocha, K. B., & Zanardo, G. L. P. (2022). Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X0014412>
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: A construção de redes sociais na vida cotidiana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2129–2138. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700028>
- Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Rede de Atenção Psicossocial: Avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
- Santa Maria. Secretaria de Município da Saúde. (2021). *Plano Municipal de Saúde 2022-2025* (3ª versão). Secretaria de Município da Saúde.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Silva, S. N., & Lima, M. G. (2017). Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(1), 149–160. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100016>
- Silva, S. N., Lima, M. G., & Ruas, C. M. (2018). Avaliação de serviços de saúde mental brasileiros: Satisfação dos usuários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3799–3810. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.25722016>
- Silva, G. M., et al. (2020). Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. *Saúde em Debate*, 44(127), 1134–1150. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012714>
- Valério, J. J. M. (2022). *Análise de implantação da Rede Psicossocial em Salvador* (Dissertação de mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/38017/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Jessica\\_Janai\\_Menezes\\_Valerio-2022.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/38017/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Jessica_Janai_Menezes_Valerio-2022.pdf)