



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E A DISTÂNCIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO *LATO SENSU*: GESTÃO EM SAÚDE**

**LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA**

**AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2014**

**LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA**

**AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pró-reitoria de Ensino Médio, Técnico e à Distância, da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Área de concentração: Gestão em saúde mental.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elisângela Braga de Azevedo.

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C837a Costa, Lorena de Farias Pimentel  
Avaliação de centros de atenção psicossocial [manuscrito] :  
uma revisão integrativa / Lorena de Farias Pimentel Costa. - 2014.  
54 p. : il. color.

Digitado.  
Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,  
Técnico e Educação à Distância, 2014.  
"Orientação: Profª. Elisângela Braga de Azevedo,  
Departamento de Enfermagem".

1. Serviços de Saúde Mental 2. Avaliação de Serviços de  
Saúde 3. Gestão de Serviços de Saúde I. Título.

21. ed. CDD 362.3

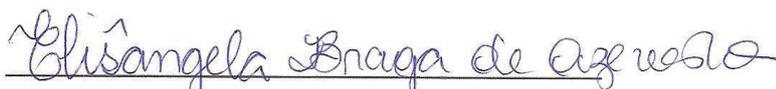
LORENA DE FARIAS PIMENTEL COSTA

**AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à  
Pró-reitoria de Ensino Médio, Técnico e à  
Distância, da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito para obtenção do grau  
de Especialista em Gestão em Saúde.  
Área de concentração: Gestão em saúde  
mental.

APROVADA EM: 15, 12, 14.

BANCA EXAMINADORA



Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Elisângela Braga de Azevedo – Orientadora



Prof<sup>a</sup>Ms. Renata Cavalcanti Cordeiro – Examinadora

Prof<sup>a</sup>Ms. Maria Cidneyda Silva Soares – Examinadora

Dedico à minha família, base moral, ética, espiritual e cidadã da pessoa que me tornei ao longo de minha caminhada pessoal e acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, pelo dom da vida, pela saúde e pelas bênçãos ao longo dos anos.

A meus pais **Ramon Silva Costa e Gerlane de Farias Pimentel Costa** por contribuírem substancialmente para realização dos meus sonhos e construção dos meus projetos de vida. Pelo amor, paciência, carinho e transmissão de valores.

Ao meu irmão **Luiz Bonfim Vieira Costa Neto** por ser a tradução do amor mais puro e seguro.

Ao meu amigo e namorado **Isaac Henrique** pelo amor, aconchego, pelas boas e constantes risadas. Pelo carinho, cuidado, paciência e torcida.

Aos meus avós **Salomé e Fernando Pimentel** (*in memoriam*) por compartilhar sonhos, pelo cuidado e preocupação. Pelos valores, amores e flores.

Aos meus avós **Eunisete e Luiz Costa** (*in memoriam*) pelas lições de vida, pelo exemplo de hombridade e serenidade.

A **Thais** amiga sempre presente, preocupada, cuidadosa, pelo abraço aconchegante.

A orientadora **Elisângela Braga de Azevedo** por todos os ensinamentos, pela paciência, pelo cuidado e carinho de sempre.

As professoras integrantes da banca **Renata Cavalcanti Cordeiro e Maria Sidney da Silva Soares** por aceitarem o convite e contribuírem de forma tão rica com meu crescimento acadêmico.

*Muito obrigada!*

Eu aprendi que a coragem não é a ausência de medo, mas o triunfo sobre ele.  
Um homem valente não é aquele que não sente medo, mas quem vence esse medo!

(Nelson Mandela)

## RESUMO

**Introdução:** A história da loucura revela importantes marcas de estigma e exclusão impressas no cotidiano do portador de sofrimento psíquico, familiares e até profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar. Em decorrência dos principais movimentos sociais ocorridos no Brasil no campo da saúde, o exemplo da Reforma Psiquiátrica descreve bem o desejo de mudanças e rupturas com o paradigma cartesiano para adoção de ações integrais que ultrapassem os muros dos violentos hospitais psiquiátricos. Como principal referência no que concerne às novas práticas de acolhimento, cuidado e vínculo, os Centros de Atenção Psicossocial se configuram até os dias atuais como a principal alternativa para a saúde mental de qualidade. No entanto, se faz necessário, ao passo em que se aborda a saúde de indivíduos, buscar estratégias de gestão que envolvam qualidade e resolutividade, e, para que tais opções sejam reconhecidas é necessário um processo avaliativo rigoroso contundente com as propostas do serviço. **Objetivos:** Realizar uma revisão integrativa da literatura acerca dos processos avaliativos em Centros de Atenção Psicossocial em âmbito nacional; Identificar os principais aspectos envolvidos na avaliação; Revelar as principais características dos estudos, referentes a ano de publicação, local de execução, *qualis* do periódico, população participante. **Método:** A partir dos objetivos propostos buscou-se desenvolver um estudo de revisão integrativa com abordagem quantitativa. O estudo teve cinco etapas primordiais para o seu desenvolvimento: 1) Estabelecimento da questão da pesquisa; 2) Busca na literatura e seleção da amostra; 3) Categorização dos estudos; 4) Análise crítica dos estudos selecionados; 5) Apresentação da revisão. **Resultados e Discussão:** Foram construídas tabelas para ilustrar a situação quantitativa e percentual dos dados observados a partir da análise crítica dos estudos selecionados na amostra. Obteve-se como principais resultados: 41% dos estudos foram publicados no ano de 2009, enquanto 58,7% foram publicados em revistas indexadas com alto fator de impacto (A2). A grande maioria (72,4%) dos estudos desenvolveram-se a partir da abordagem qualitativa, 35% deles foram realizados por enfermeiros (57,5%) da Região Sul do país (44,8%) envolvendo principalmente profissionais de saúde que atuam nos serviços (31%) enquanto 24,1% abordou a perspectiva da tríade que compõe o cuidado (profissionais, usuários e familiares). Em relação à vertente avaliada pelos trabalhos, 37,9% buscaram compreender o processo de trabalho desenvolvido nos CAPS. **Considerações Finais:** Alguns dados provocam alerta, no que diz respeito à pequena quantidade de estudos avaliativos ancorados nos pressupostos da gestão em saúde de qualidade em muitas regiões, estados e cidades no país, embora compreenda-se a expansão no número de serviços, destaca-se a necessidade de conhecer como o trabalho vem se desenvolvendo e se atende de fato as propostas da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos. Além disto, percebe-se a importância de se conhecer a percepção do cuidado na ótica dos principais atores sociais envolvidos no processo de cuidar em saúde mental (profissionais, usuários e familiares) e reforçar a importância da manutenção de produções de alta qualidade no intuito de permanecer publicando em revistas que favoreçam a ampla divulgação das ações de saúde mental.

**Palavras – chave:** Serviços de Saúde Mental. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The history of madness reveals important stigma and exclusion marks printed on the psychological distress carrier daily, family and even health professionals involved in the care process. As a result of the major social movements in Brazil in the health field, the example of Psychiatric Reform and describes the desire to change and break with the Cartesian paradigm for adoption of comprehensive actions going beyond the walls of violent psychiatric hospitals. As the main reference with respect to new practices host, care and bonding, the community mental health services are configured to the present day as the main alternative for mental health quality. However, it is necessary, while in that addresses the health of individuals, seek management strategies involving quality and resolution, and, if such options are recognized striking a rigorous evaluation process with the proposals of service is required. **Objectives:** Make an integrative literature review about the evaluation processes in mental health services at the national level; Identify key aspects involved in the assessment; Reveal the main characteristics of the studies relating to year of publication, place of performance, qualis the journal, participating population. **Method:** Based on the proposed objectives we sought to develop an integrative review study with a quantitative approach. The study had five primary steps for its development: 1) Establishment of the research question; 2) Searching the literature and sample selection; 3) Categorization of studies; 4) Critical analysis of selected studies; 5) review of Presentation. **Results and Discussion:** tables were constructed to illustrate the quantitative and percentage data situation observed from the critical analysis of selected studies in the sample. Was obtained as main results: 41% of the studies were published in 2009, while 58.7% were published in journals indexed with high impact factor (A2). The vast majority (72.4%) of the studies developed from the qualitative approach, 35% of them were performed by nurses (57.5%) of the South Region (44.8%) mainly involving health professionals work in services (31%) while 24.1% addressed the perspective of the triad that makes up care (professionals, users and family members). For strand assessed the works, 37.9% sought to understand the process of work in CAPS. **Final Thoughts:** Some data trigger alert, regarding the small amount of evaluation studies anchored on the assumptions of quality health management in many regions, states and cities in the country, while I understand the expansion in the number of services, secondment the need to know how the work is evolving and meets in fact the proposals of the psychiatric reform and replacement services. In addition we see the importance of knowing the perception of care in the view of the main social actors involved in the care of mental health (professionals, users and family members) and reinforce the importance of maintaining high quality productions in order to remain publishing in magazines that promote the wide dissemination of the mental health services.

**Keywords:** Mental Health Services. Health Services Evaluation. Health Services Management.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Dados referentes ao ano de publicação dos artigos .....	32
Tabela 02: Dados referentes ao <i>qualis</i> do periódico de publicação dos artigos .....	33
Tabela 03: Dados referentes ao tipo de estudo .....	35
Tabela 04: Dados referentes à formação profissional dos autores dos artigos .....	36
Tabela 05: Dados referentes à região do país onde foi desenvolvido o estudo .....	37
Tabela 06: Dados referentes à população / amostra dos estudos .....	39
Tabela 07: Dados referentes aos aspectos avaliados nos estudos .....	40

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Componentes da revisão integrativa da literatura .....	26
Figura 02 – Resultados do 1º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Avaliação de Serviços de Saúde .....	28
Figura 03 – Resultados do 2º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Avaliação de Serviços de Saúde AND Gestão de Serviços de Saúde .....	28
Figura 04 – Resultados do 3º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Gestão de Serviços de Saúde .....	29
Figura 05 – Resultados do 4º Cruzamento: Avaliação de Serviços de Saúde AND Gestão de Serviços de Saúde .....	29

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1</b>	<b>Objetivos</b> .....	15
<b>1.1.1</b>	<i>Objetivo Geral</i> .....	15
<b>1.1.2</b>	<i>Objetivos Específicos</i> .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>2.1</b>	<b>História da loucura e os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira</b> .....	16
<b>2.2</b>	<b>Políticas Públicas e atual conjuntura de Serviços de Saúde Mental no Brasil</b> .....	19
<b>2.3</b>	<b>Avaliação de Serviços de Saúde como estratégia de gestão em Saúde Mental</b> .....	23
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	26
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	32
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	44
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
	<b>APÊNDICE A</b> Instrumento para coleta de dados .....	50
	<b>APÊNDICE B</b> Artigos selecionados para o estudo .....	52

## 1 INTRODUÇÃO

Os recortes históricos referentes à evolução dos pré-conceitos e conceitos ligados à loucura destacam concepções enraizadas na prática da exclusão, segregação e estigmatização. Durante toda a história da humanidade as perturbações psíquicas se apresentaram diante da sociedade e permaneceram mascaradas por trás de crenças religiosas por muitos séculos, em que os desvios de conduta e expressões da loucura foram atribuídos a práticas mágicas, forças exteriores, maus espíritos e castigos divinos (ROCHA, 2010).

No Brasil, as décadas de 1970 e 1980 foram representadas por avanços significativos no setor saúde, inicialmente a partir das lutas da Reforma Sanitária em prol da consolidação dos ideais de saúde coletiva, atenção integral, qualidade e universalidade no atendimento à população. Impulsionado por este movimento, surge também durante esse período, denúncias sobre as precárias condições das instituições de saúde responsáveis pelo atendimento a portadores de sofrimento psíquico (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Diante das denúncias de maus tratos, violência, encarceramento e ações de mercantilização da loucura, a necessidade de implantação de estratégias que possibilitassem severas mudanças na forma de cuidado e na estrutura organizacional dos serviços de atenção, profissionais de saúde, usuários dos serviços e familiares, militantes e integrantes de sindicatos, além da sociedade civil, organizaram-se e criando o “Movimento dos trabalhadores em saúde mental – MTSM” consolidado como principal movimento impulsionador para o início das lutas da Reforma Psiquiátrica Brasileira em prol de melhorias na assistência e garantia de direitos (AMARANTE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica consolidou-se como movimento social no país e representa a maior forma de expressão popular em prol da qualidade da atenção e garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais. A partir de então, todas as características próprias do saber psiquiátrico, práticas assistenciais restritivas, pertencente ao modelo manicomial de tratamento não condiz com as propostas de mudanças que a reforma psiquiátrica propõe (REINALDO, 2008).

Em resposta as manifestações que ocorreram no país, o Brasil conseguiu avançar legislativamente com a aprovação, no ano de 2001, da Lei nº 10216 conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Saúde Mental, que se configurou como a principal ferramenta para fazer valer os direitos dos portadores de transtorno mental, garantindo o exercício pleno da cidadania e criando a possibilidade de atendimento e acompanhamento em serviços que atuassem de forma substitutiva ao hospital psiquiátrico, impedindo internações nestes

serviços. Além disso, contribuiu para extinção progressiva dos leitos em manicômios, abolindo o isolamento como forma de tratamento, instituindo e transferindo a responsabilidade de cuidado para as redes substitutivas em saúde mental, caracterizadas por atuar com base na comunidade, prestar atendimento diário e qualificado e buscar a consolidação de estratégias eficazes para a promoção da inserção social e integração dos usuários na rotina da comunidade e da família (GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos do cuidado qualificado em saúde mental, atuam como os principais reguladores da rede de saúde mental e como porta de entrada dos usuários aos serviços da saúde. Tem característica de ser aberto e comunitário, de base territorial, com atendimento diário realizado com objetivo de contribuir para inserção social e reabilitação psicossocial, a partir do desenvolvimento de ações intersetoriais extramuros (BRASIL, 2005).

Tais serviços foram instituídos no país por meio da Portaria nº 336/2002 que definiu e estabeleceu as diretrizes para seu funcionamento, categorizando-os por porte, clientela e características territoriais, estabelecendo as denominações de: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, capacitados para realizar atendimento a pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes, com regime de tratamento de acordo com sua necessidade, na possibilidade de atendimento intensivo, semi intensivo, não intensivo (BRASIL, 2002).

A criação da nova rede de saúde mental se deu principalmente a partir da necessidade de reorganizar a assistência psiquiátrica, possibilitando a execução de novas abordagens, criação de novos valores e olhares mais humanos destinados às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando o exercício da cidadania por meio de novas formas de cuidado e atenção, promovendo qualidade de vida e inserção social, o que culminou na progressão da perspectiva da saúde mental comunitária, com foco no social e valorização da autonomia (HIRDES, 2009).

Após nove anos de funcionamento dos CAPS, no ano de 2011 o Ministério da Saúde, institui por meio da Portaria nº 3088 a formação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) incluindo pessoas com transtorno mental e aqueles decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, nas ações desenvolvidas no âmbito do SUS, a partir da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção em saúde mental, com diretrizes fundamentadas no direito da pessoa humana, combatendo estigmas, preconceitos e exclusão social, ofertando cuidado integral e desenvolvendo atividades que promovam inserção social e qualidade de vida, além de envolver os familiares nos dispositivos de cuidado (BRASIL, 2011a).

No caso dos CAPS, por se configurarem como dispositivos estratégicos, é importante considerar que tais serviços devem ser submetidos a processos avaliativos que envolvam todas as dimensões do cuidado, profissionais, usuários e familiares, para que se alcance, a partir da identificação dos problemas, melhorias nas formas de funcionamento, alocação de recursos e atendimento à população. É por meio dos processos avaliativos que se garante gestão de qualidade aos serviços e ações de planejamento equilibradas.

Os processos avaliativos aos quais são submetidos os serviços de saúde mental devem “monitorar as ações, acompanhando a construção de um serviço que se proponha a atender a inserção do usuário com maior resolubilidade, com intervenção pautada na diversidade de saberes de uma equipe multiprofissional e na utilização de múltiplos recursos (OLIVEIRA et al., 2014, p. 370).

No entanto, mesmo diante a necessidade de periódica avaliação e controle de qualidade nos serviços de saúde mental, compreende-se que esta não é uma prática frequentemente desenvolvida no Brasil. Pretende-se portanto, a partir deste trabalho de revisão de literatura, buscar informações detalhadas sobre esses processos avaliativos e divulgar a necessidade de ampliação nas práticas gestão dos serviços de saúde. Para tanto, buscou-se responder aos seguintes questionamentos: Quais as principais características dos estudos publicados sobre avaliação de serviços de saúde mental no Brasil? Quais dimensões do serviço são incluídas nestas avaliações?

Diante do exposto, objetivou-se:

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 *Objetivo Geral:***

- Realizar uma revisão integrativa da literatura acerca dos processos avaliativos em Centros de Atenção Psicossocial em âmbito nacional.

### **1.1.2 *Objetivos Específicos:***

- Identificar os principais aspectos envolvidos na avaliação.
- Revelar as principais características dos estudos, referentes a ano de publicação, local de execução, *qualis* do periódico, população participante.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 História da Loucura e os caminhos percorridos até a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Durante muitos séculos a expressão da loucura foi atribuída a forças ocultas, percebidas como uma forma de ligação entre os homens com os deuses, como representação de castigos em consequência de maus comportamentos. As pessoas acometidas por estes males permaneceram submetidas à exclusão, segregação social e à violência como forma de “tratamento” até que o estudo da mente se consagrasse como saber médico (ROCHA, 2010).

Neste contexto de segregação e carência de qualificação em cuidados direcionados a portadores de sofrimento psíquico, várias casas de apoio e beneficência foram criadas em países da Europa durante o século XVIII. Em regime de prestação de serviços de caridade, as Santas Casas serviam de abrigo para loucos, libertinos, mendigos, alcoolistas e indigentes em geral, apoiados por cuidadores inexperientes e desqualificados, servindo como verdadeiros depósitos de pessoas, com objetivo de manter a limpeza e organização das cidades assim como a segurança pública (ROCHA, 2010; AMARANTE, 2010).

Apenas no século XIX o tratamento da insanidade mental torna-se ciência e saber médico, herdando práticas sociais anteriores ao seu surgimento. Com o advento da psiquiatria e criação de hospitais psiquiátricos, muito embora este tenha sido considerado um importante avanço na história da loucura, os portadores de sofrimento psíquico permaneceram enclausurados, detidos nos muros das instituições, condicionados a medidas de contenção, com história de maus tratos, discriminação e perda da identidade, sem qualquer possibilidade de convívio social (GUEDES et al., 2010).

Todas as práticas de segregação e violência difundidas pelos países da Europa se fizeram presentes na realidade brasileira em que clausura e aprisionamento permearam o cotidiano de internos de hospitais psiquiátricos. Estas instituições foram consideradas como integrantes de um sistema de dominação que revelou para a sociedade a ideia de periculosidade relacionada a loucura e a necessidade de reclusão, intensificando sentimentos de revolta e desamor (FOUCAULT, 1999).

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM ocorreu no ano de 1978 impulsionado por outro movimento social que ocorria no país no mesmo período, a Reforma Sanitária que buscava principalmente, através de mobilizações sociais, a garantia do

direito a saúde a toda população do país, extinguindo a necessidade de inserção no mercado de trabalho para garantia do direito à assistência médica. Além das influências da reforma sanitária, o MTSM teve origem a partir de várias denúncias relacionadas às condições insalubres de cuidado a quais os internos dos hospitais eram submetidos, além dos episódios de violência e descaso recorrentes, tornando-se a mola propulsora para o início da Reforma Psiquiátrica e a busca pelos direitos dos portadores de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2010).

Neste período o setor saúde no Brasil sofreu importantes modificações em sua estrutura organizacional, grandes eventos e mobilizações de trabalhadores da saúde e sociedade civil ocorreram em prol de melhorias de acesso e garantia de saúde de qualidade. Como marco para a saúde pública tem-se a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida no ano de 1986 marcada pela criação do Sistema Único de Saúde e o estabelecimento da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (PAIM, 2009). Já para o campo da saúde mental, no ano de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada e representou um marco para o início do desenvolvimento de ações inovadoras, inclusivas e de cuidado humanizado (BRASIL, 1987).

A Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica consolidou-se, nos anos de 1990 com a emissão da “Declaração de Caracas”, como marco político e histórico para o desenvolvimento de ações de cunho social voltadas para mudanças no quadro relacionado à assistência psiquiátrica no Brasil e demais países Americanos. Visou assegurar e promover os direitos das pessoas com transtorno mental a partir da garantia de criação de programas de atenção à saúde com vistas na implantação de estratégias baseadas nas necessidades da população, além de valorizar aspectos relacionados aos direitos humanos (OMS, 1990; HIRDES, 2009).

Em consequência as lutas da Reforma Psiquiátrica, movimento consolidado no Brasil, espelhado no modelo italiano proposto por Franco Basaglia, no ano de 1989 foi lançado ao Congresso Nacional a proposta de lei nº 3.657/89 do então Deputado Paulo Delgado, que tratava da extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, que culminaria na implantação de serviços substitutivos a esse modelo de cuidado. De fato, em decorrência de incansáveis debates o projeto de lei do deputado Paulo Delgado veio a ser aprovado apenas no ano de 2001 após doze anos de tramitação e com severas alterações em seu texto original, formulando-se a lei 10.216/01 que regulamenta as novas ações de saúde mental e reformula a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil (AMARANTE, 2010).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil caracterizou-se como processo extensivo, expressivo que fincou raízes em setores políticos, públicos e sociais do país, representando a partir de sua essência a incansável busca por novos direitos, pela consolidação de leis eficazes e efetivas, a partir de mudanças na política, na cultura, na educação e na saúde em prol da garantia de vida digna a portadores de sofrimento psíquico e seus familiares (BRASIL, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu no ano de 2001 como proposta da OMS para discussão do tema “cuidar sim, excluir não”, além de discutir ações relacionadas ao financiamento de ações e serviços de saúde mental no país, bem como a fiscalização das instituições hospitalares responsáveis pelo atendimento a este público (DELGADO, 2005). Neste caso, para que as fiscalizações ocorressem de forma efetiva e contundente com as propostas da Reforma Psiquiátrica, um dispositivo bastante importante foi criado no ano de 2002, chamado Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) avaliando anualmente os hospitais psiquiátricos no Brasil e contribuindo de forma significativa para a redução e substituição de leitos devido às más condições de atendimento nestes estabelecimentos (BRASIL, 2007a).

Todas as ações que envolveram a luta pelo cuidado humanizado e contribuíram para a reorganização da atenção e saúde mental, assim como para a consolidação da Reforma Psiquiátrica significou a ruptura de paradigmas históricos e o rompimento com formas inadequadas de tratamento e ações de mercantilização da loucura em prol do capital e do lucro para hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS, desenvolvendo novas formas de cuidado com a loucura em seu contexto social, familiar e cultural (MILLANI; VALENTE, 2008).

## 2.2 Políticas Públicas e atual conjuntura de Serviços de Saúde Mental no Brasil

A consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil acarretou importantes reformulações nas formas de conduzir e pensar as práticas de cuidado em saúde mental, além de compreender o sofrimento psíquico em sua totalidade e priorizar a busca pelo cuidado humanizado (GUEDES et al., 2010). Neste sentido, as práticas assistenciais arcaicas, restritas ao modelo mecanicista / biologicista, realizadas apenas nas dependências dos hospitais psiquiátricos, com história de maus tratos, isolamento e exclusão foram de encontro às propostas da Reforma Psiquiátrica, bem como aos princípios do SUS que almejavam ações de promoção à saúde, qualidade de vida a portadores de sofrimento psíquico (MILLANI; VALENTE, 2008).

Para efetivação das propostas da Reforma Psiquiátrica foram necessárias mudanças pontuais nas formas de atuação profissional, na forma de inclusão e aceitação social em relação às pessoas em sofrimento psíquico além de mudanças no padrão de condução dos serviços de saúde, principalmente a partir da criação de políticas públicas que rompessem com as ações de medicalização da loucura.

Os primeiros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico tiveram seu surgimento datado de 1987 com a inauguração do primeiro CAPS do país, localizado na cidade de Santos no estado de São Paulo. O CAPS Luis da Rocha Cerqueira tem representatividade na história de mudanças nas práticas de saúde mental, afirmando efetivamente a implementação de uma nova proposta de cuidado (TENÓRIO, 2002).

O Ministério da Saúde, no entanto, só reconheceu a existência de serviços substitutivos de cunho comunitário e regulamentou seu funcionamento no ano de 1992 através da portaria nº 224/92. Tal portaria estabelece a organização dos NAPS e CAPS, e institui o cuidado a pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, funcionando de forma regionalizada, e oferecendo atendimentos e cuidados intermediários (BRASIL, 1992).

A busca pelo cuidado de qualidade impulsionou além da criação de serviços como NAPS e CAPS, a constituição de uma rede de atenção substitutiva ao modelo manicomial contando ainda com Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, emergências psiquiátricas e leitos em hospitais gerais com foco na reabilitação psicossocial e a reinserção do portador de sofrimento psíquico na vida em família e sociedade (TENÓRIO, 2002).

A criação dos CAPS e demais serviços substitutivos aconteceu de forma bastante oportuna para consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica. Tais serviços configuram a rede de cuidados em saúde mental, são do tipo comunitário e atuam de forma a substituir o

hospital psiquiátrico, com intuito de reorganizar o cuidado em saúde mental, a partir de novas abordagens, valores e olhares voltados às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionando o exercício de novas formas de tratamento, a fim de promover qualidade de vida e inserção social (HIRDES, 2009).

Estes serviços são de responsabilidade da administração municipal, caracterizam-se por seu regime de funcionamento aberto e comunitário, com oferta de atendimento diário à população portadora de transtornos mentais severos e persistentes, atuando em prol do fortalecimento e/ou reconstrução de laços sociais e familiares, além de promover inserção social pautada na ação intersetorial. Além disso, o CAPS beneficia os usuários atendidos também por atuar como facilitador para redução no número de internações psiquiátricas, bem como para regular a porta de entrada nos serviços de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005).

Os CAPS de fato se configuraram como o dispositivo estratégico mais importante para substituição do modelo manicomial, regulamentados pela portaria nº 336/02 em que foram definidas as diretrizes de funcionamento, divisão de porte e clientela. Sua divisão os deu a denominação de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS ad. Tais serviços funcionam por pelo menos cinco dias na semana e atuam articulando a rede de saúde mental no território incluindo o indivíduo em ações de acesso ao trabalho, lazer, educação e exercício dos direitos civis (BRASIL, 2002).

Após a criação dos CAPS, tais serviços precisaram ser organizados de forma a atender as reais necessidades e demandas do público a ser assistido. Os tipos I e II diferenciam-se apenas no que concerne à capacidade de atendimento mensal e porte populacional dos municípios, sendo assim o CAPS I oferece suporte as cidades com população em torno de 20 a 50 mil habitantes com 240 atendimentos mensais, enquanto o CAPS II esta disposto em municípios com população acima de 50 mil habitantes, com capacidade para 360 atendimentos por mês (BRASIL, 2005).

Já os CAPS III diferenciam-se pela capacidade de promover resolutividade e suporte a municípios de grande porte, com população acima de 200 mil habitantes, com capacidade de atendimento para 450 usuários por mês. Outra característica que diferencia este CAPS dos demais é a necessidade de funcionamento por período de 24 horas diárias por sete dias da semana, além de contar com leitos para acolhimento noturno e internações de curta duração (BRASIL, 2005).

Além destes, a rede CAPS conta o atendimento infanto-juvenil realizado pelo CAPS i e o CAPS ad responsável pelo suporte a pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo

ou dependência de álcool e outras drogas, com funcionamento restrito aos dias úteis do mês, instalados em municípios com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2005). Nesta vertente, para dispensação de cuidados apropriados e de qualidade a usuários de álcool e outras drogas, institui-se, no ano de 2010 o CAPS ad III no âmbito do SUS através da Portaria 2.841/10 com funcionamento 24 horas e leitos para curtas internações e períodos de desintoxicação (BRASIL, 2010).

Como citado, outros serviços fazem parte da rede e prestam ações de suporte ao CAPS, são eles:

- 1) Residências Terapêuticas: instituições criadas com objetivo de promover suporte a egressos de hospitais psiquiátricos com dificuldade ou impossibilidade de reinserção no seio familiar e social. Todas as residências terapêuticas devem ser localizadas no espaço urbano para favorecer a reinserção social e participação na comunidade. Todos os usuários são atendidos nos CAPS de referencia e nos demais serviços da rede extra hospitalar (BRASIL, 2004).
- 2) Centros de Convivência e Cultura: também se configuram como dispositivos estratégicos que compõe a rede de saúde mental. Foram criados com intuito de fornecer atividades que possibilitassem a inclusão social de grupos específicos e vulneráveis, no entanto, necessitam de uma rede de CAPS ampla e consolidada, além de população do município superior a 200 mil habitantes para que as atividades possam ser realizadas (BRASIL, 2007a).
- 3) Leitos de atenção integral em saúde mental: estes leitos são distribuídos em hospitais gerais, CAPS III e emergências psiquiátricas, atuam como suporte de acolhimento a pacientes em crise com intuito de substituir internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007a).
- 4) Programa de Volta pra Casa: instituído por meio da Portaria 10.708/03 que propõe a destinação de auxílios financeiros para assistência, acompanhamento e inserção social para pacientes egressos de internações psiquiátricas (BRASIL, 2003).

No ano de 2011 o país deu outro salto em relação ao desenvolvimento e consolidação de serviços de saúde universais e equânimes referentes ao atendimento de portadores de sofrimento psíquico, trata-se da publicação da Portaria nº 3.088/11 que trata da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada a pessoas com transtorno mental, assim como aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Tal rede deve funcionar a partir de ações que promovam o respeito aos direitos humanos, garantindo autonomia e liberdade das pessoas, promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos, assistência integral sob a perspectiva intersetorial, desenvolvendo atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas ao desenvolvimento pleno da cidadania. Constitui-se, portanto, a RAPS dos seguintes serviços: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgências e emergências, atenção residencial e hospitalar, estratégias de desintitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

### 2.3 Avaliação de Serviços de Saúde como estratégia de gestão em Saúde Mental

Os serviços públicos de saúde no Brasil sofreram intensas modificações organizacionais e estruturais por volta dos anos de 1970, em que suas características centralizadas e verticalizadas foram alteradas em decorrência das movimentações sociais em prol de novas formas de gestão de qualidade e eficácia. No bojo desse movimento de mudanças as formas atualizadas de gestão de serviços de saúde baseiam-se no princípio da descentralização atrelado a organização do SUS, tornando a gestão mais democrática e participativa (JUNQUEIRA, 1997).

A estratégia de descentralização de ações de gestão de serviços ocorreu em resposta a mudanças na relação entre estado e sociedade no período em que o Estado do Bem Estar Social entra em crise. “Esse Modelo de Estado teria ocasionado uma enorme expansão do aparato burocrático na gestão das políticas sociais, gerando, inclusive, uma acentuada centralização nas decisões, comprometendo sua eficácia” (JUNQUEIRA, 1997, p. 33).

Para efetivação desta nova forma de gestão, baseada nos princípios da descentralização e no trabalho intersetorial, foi necessário compreender que as dimensões de mudanças assistenciais propostas ultrapassam os modelos tradicionais políticos, e que, além disso, há a necessidade urgente de favorecer a construção de um processo de conscientização e corresponsabilização entre os atores que compõe os serviços de saúde: profissionais, gestores e usuários, para que as ações de atenção à saúde incluam a gestão participativa e o controle social (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

O trabalho em saúde caracteriza-se por ter sua rotina permeada de ações de caráter multi, pluri e interdisciplinares, organizadas de acordo com as demandas, da forma como os problemas se colocam e sua necessidade e urgência de resolução. Neste caso, considera-se como significativo desafio relacionado à gestão de serviços de saúde, ao reconhecer a necessidade de resolutividade das demandas, de maneira que sejam contempladas ações de interesse dos usuários de forma coletiva e/ou individual, e dos trabalhadores (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Destaca-se, portanto, a necessidade da submissão de serviços de saúde a processos avaliativos frequentes, considerando todas as dimensões do processo de trabalho. A atividade avaliativa vem ocupando, nos últimos anos, lugar de destaque entre as práticas de planejamento e gestão das ações e serviços de saúde em prol da melhoria da qualidade de atenção e, conseqüente qualidade de vida para profissionais, usuários e comunidade (BOSI; UCHIMURA, 2007).

As dimensões em que se instituem as tipologias de avaliação estão distribuídas de acordo com as abordagens necessárias para sua realização, bem como levando em consideração seu interesse prático. Neste vertente, pode-se avaliar um serviço de saúde de acordo com: o momento em que tal atividade é realizada, a função que ela exercerá, a procedência dos avaliadores e os aspectos do serviço que no geral serão observados (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Avaliar significa atribuir valor, manifestar juízo em relação a algo, com fundamento e método específico. No caso dos serviços de saúde ou programas relacionados, recorre-se a utilização de “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 23).

Em se tratando de serviços públicos de saúde, que fazem parte da rede de atendimento do SUS e representam a referência para a consolidação das propostas da reforma psiquiátrica no acompanhamento comunitário de portadores de sofrimento psíquico e diante de sua importância social, os CAPS devem ser submetidos a processos avaliativos frequentes com intuito de verificar a qualidade da atenção destinada à população foco (KANTORSKI et al., 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde a ação de avaliar serviços de saúde significa basicamente exercer atividade de comparação entre aquilo que é desenvolvido na prática, no cotidiano, com aquilo que se considera como a melhor ação/intervenção possível, ou seja, confrontar o que vem sendo feito com o que teoricamente deveria ser feito (BRASIL, 2007b).

Considera-se tal processo faz parte das ações de planejamento e gestão, necessárias para efetivação do fluxo de funcionamento adequado e conseqüente prestação de serviço de qualidade. Neste caso, tal etapa servirá como instrumento para redimensionar e reordenar a execução de ações, de modo a adequá-las de acordo com a demanda apresentada pela população cuidada, além de contribuir para melhor racionalização no uso dos recursos (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Destaca-se, portanto, a importância da avaliação dos serviços para a construção, pelo Ministério da Saúde, de programas e/ou políticas públicas de atendimento a população, a partir da investigação e divulgação dos resultados obtidos. No caso dos serviços de saúde mental, a avaliação de qualidade tem necessidade de condução pautada nas peculiaridades que permeiam a área, devendo, assim, todos os elementos que compõe o processo, passar pela intersubjetividade das relações daqueles envolvidos no processo de trabalho (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Para tanto, o processo avaliativo para ocorrer de forma eficaz em um CAPS deve contemplar aspectos relacionados ao monitoramento das ações, favorecendo a construção e consolidação de um serviço que se coloque como ponto estratégico de cuidado, atendendo ao usuário com propostas que apresentem maior resolutividade, contando com a utilização de ações de intervenção pautadas da interdisciplinaridade e multiplicidade de saberes dos membros que compõe a equipe, com intuito de potencializar a utilização de recursos existentes (OLIVEIRA et al., 2014).

### 3 CAMINHO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

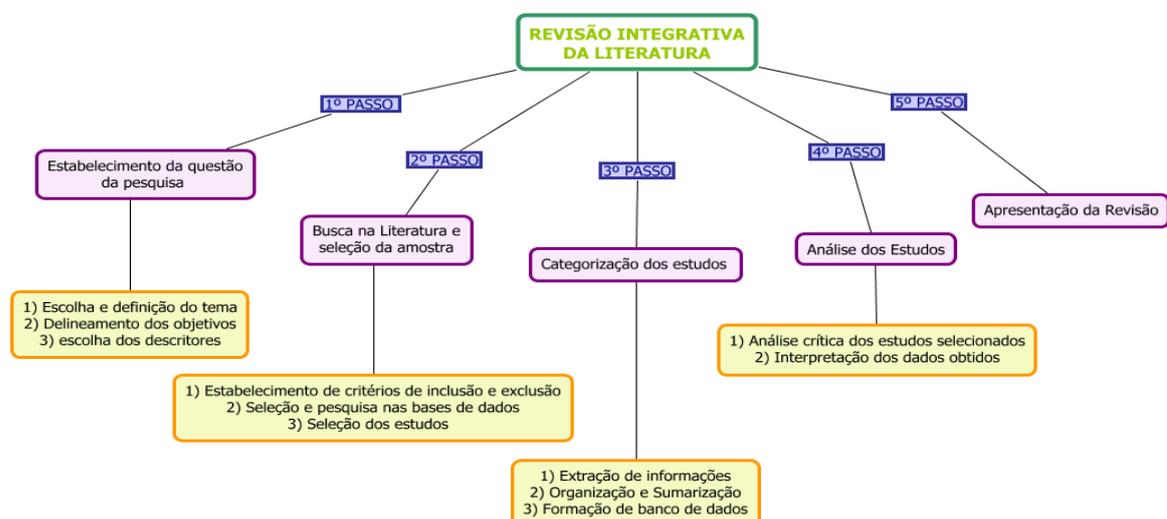
Trata-se de um estudo dentro da abordagem quantitativa, com tipologia de Revisão Integrativa da literatura, com etapas pré-definidas. Este tipo de trabalho caracteriza-se por ser uma abrangente forma de abordagem metodológica que determina a visão geral sobre o conhecimento atual a respeito da temática escolhida, ao passo que identifica, analisa e sintetiza os resultados de diversos estudos que discutem a mesma temática, como meio de contribuir para o aprofundamento do tema determinado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Broome (2000) afirma que a metodologia de revisão integrativa consiste em uma técnica apropriada para sintetizar, resumir e analisar estudos previamente desenvolvidos e concluídos. Podem ser analisados, principalmente, aspectos relacionados aos achados dos estudos, examinando ainda métodos e estratégias empregadas para execução, primando pelo rigor e pela sistemática para o desenvolvimento.

#### 2.1 ETAPAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento de um trabalho de revisão integrativa algumas etapas precisam ser seguidas de forma criteriosa, de modo a possibilitar a construção e sistematização dos dados da pesquisa. A figura abaixo irá demonstrar as referidas etapas.

**Figura 01 – Componentes da Revisão integrativa da literatura.**



Fonte: Ganong, 1987.

**3.2.1 Primeira Etapa:** Identificação do tema, elaboração da questão norteadora, delineamento dos objetivos e seleção de descritores.

A escolha do tema e a formulação de questionamentos constitui a fase inicial da elaboração de um trabalho de revisão e se apresenta como a primeira etapa, compreendendo a formação de hipóteses. O problema de pesquisa e os questionamentos devem ser instituídos de forma clara e específica, neste caso, a elaboração da questão que norteará o desenvolvimento da pesquisa deve associar-se a conhecimentos e raciocínios teóricos progressos do pesquisador (GANONG, 1987).

**3.2.2 Segunda Etapa:** Busca na literatura e seleção da amostra

A busca pelos trabalhos que compuseram a amostra foi realizada entre os meses de agosto e setembro de 2014, nas bases seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Index Medicus Eletrônico da Nacional Library of Medicine (MEDLINE); Base de Dados da Enfermagem (BDENF); e Scientific Electronic Librery Online (SCIELO).

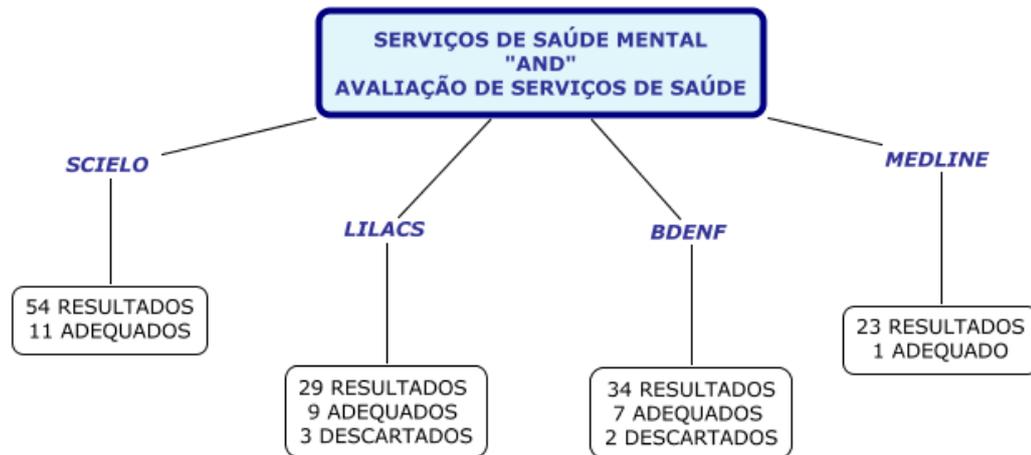
Estas bases de dados foram escolhidas por serem as mais conhecidas e com maior credibilidade na América Latina, agrupando estudos desenvolvidos por pesquisadores em países como Brasil, Portugal, Espanha e etc. No entanto, como o objetivo do estudo é investigar a produção científica sobre avaliação de serviços de saúde mental no espaço geográfico que compreende o Brasil, apenas estudos realizados neste país foram selecionados para compor a amostra.

Portando, foram utilizados estudos publicados nacionalmente, indexados nas bases de dados anteriormente referidas, durante os anos de 2004 a 2014, contemplando os últimos dez anos da produção científica brasileira. Diante disto, os seguintes descritores, extraídos do DECS (descritores em ciências da saúde) foram utilizados nos campos de busca das bases de dados: Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde e Gestão de serviços de saúde havendo correlação entre os mesmos com objetivo de refinar as características dos estudos, para o cruzamento dos descritores utilizou-se o termo “AND”.

Inicialmente os critérios de inclusão estabelecidos formam: artigos on line, em português e espanhol; disponíveis gratuitamente nas referidas bases de dados; publicados na

íntegra e acompanhados de seus resumos, cujos resumos se referiam ao processo avaliativo da qualidade dos serviços de saúde mental.

**Figura 02 – Resultados do 1º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Avaliação de Serviços de Saúde**



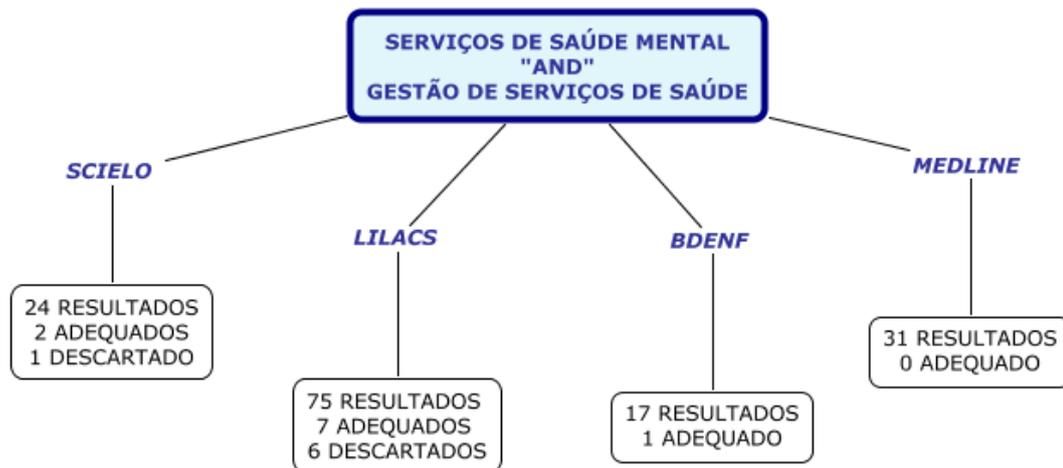
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

**Figura 03 – Resultados do 2º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Avaliação de Serviços de Saúde AND Gestão de Serviços de Saúde**



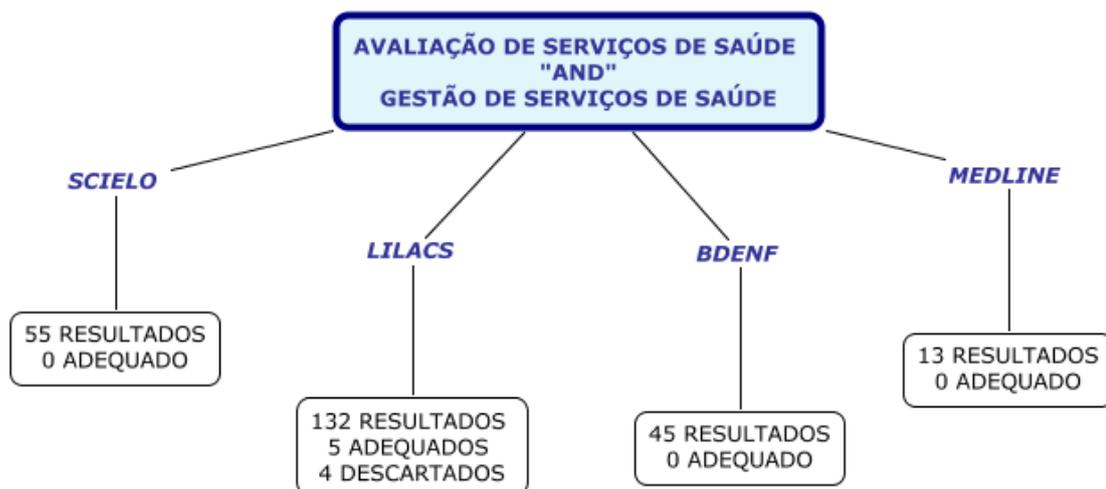
Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

**Figura 04 – Resultados do 3º Cruzamento: Serviços de Saúde Mental AND Gestão de Serviços de Saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

**Figura 05 – Resultados do 4º Cruzamento: Avaliação de Serviços de Saúde AND Gestão de Serviços de Saúde**



Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Ao final, a busca nas quatro bases de dados resultou em 29 artigos selecionados para a amostra, distribuídos da seguinte maneira: 12 artigos encontrados no SCIELO, 10 artigos no LILACS, 6 artigos selecionados a partir da busca no BDENF e 1 artigo no MEDLINE. Os artigos não inclusos no estudo e representados nas figuras como “descartados” sofreram tal tratamento por já terem sido selecionados nas buscas anteriores.

### **3.2.3 Terceira Etapa:** Categorização dos dados.

De acordo com Ganong (1987), a etapa do processo em que ocorre a categorização do estudo representa de fato a essência da revisão integrativa. Nessa fase, é importante que sejam definidas as características ou informações de interesse do pesquisador para esquematização da coleta nos trabalhos selecionados, caracterizando trabalho de revisão.

Ao observar os objetivos propostos pelo estudo e com intuito de qualificar e otimizar a coleta de dados, foi criado e empregado um instrumento específico produzido pela pesquisadora (Apêndice A,) permitindo assim o recolhimento das informações necessárias de modo sistematizado e organizado. O instrumento compreende dados relacionados à publicação, como ano, localização, qualis do periódico, bem como dados referentes às pesquisas desenvolvidas, por exemplo, a população investigada e qual fator investigado. De acordo com os objetivos propostos os dados foram organizados em tabelas que apresentaram frequência absoluta e percentual.

### **3.2.4 Quarta Etapa:** Análise e Discussão dos dados

No trabalho de revisão integrativa, a análise e discussão dos dados deve se dar de forma minuciosa e criteriosa de acordo com os objetivos propostos. Neste caso, foi feita uma relação entre métodos, sujeitos e atributos da pesquisa com intuito de familiarizar o leitor com os estudos selecionados para revisão, compreendendo, portanto, a análise de achados extraídos dos artigos.

A análise quantitativa dos dados pautou-se nos parâmetros inerentes a estatística descritiva, amplamente utilizada para descrição e sintetização dos dados, além da aplicação de frequências absolutas que permitiu a organização sistemática dos dados numéricos, apresentadas paralelamente a porcentagem referente.

Os dados obtidos, sintetizados e organizados foram distribuídos em tabelas, sendo esta a forma mais simples e compreensível para representar as principais características e

peculiaridades da pesquisa, de modo que possibilite ao leitor a compreensão a partir do agrupamento de dados posteriormente avaliados de modo sistemático, para discussão dos aspectos sobressalentes (GANONG, 1987).

### **3.2.5 Quinta Etapa:** apresentação da revisão

Neste etapa do procedimento metodológico buscou-se a clareza na discussão dos dados de maior relevância, amparado pela literatura atual referente aos temas em pauta. O próximo capítulo disporá as tabelas de forma organizada e sistematizada, assim como a descrição de seus dados e discussão sobre os achados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem o intuito de apresentar e discutir os dados obtidos nessa revisão integrativa da literatura científica, relativa a periódicos on-line. E, com este fim foi seguida a sequência de informações já apresentadas no item 3.3.5, que traz a ordem de discussão dos fatores avaliados.

### 4.1 Agrupamento I: Dados referentes a publicação do artigo (Ano; Qualis do periódico; Profissão dos autores).

**Tabela 1: Dados referentes ao ano de publicação dos artigos. Periódicos Online, 2014.**

ANO	N	%
2005	1	3,5
2008	1	3,5
2009	12	41
2010	2	7
2011	9	31
2012	2	7
2013	1	3,5
2014	1	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Diante dos objetivos propostos pelo estudo e dos critérios de inclusão estabelecidos, optou-se pela seleção de artigos publicados nos últimos dez anos, de 2004 a 2014. Assim, a tabela demonstra, a partir dos dados apresentados, que os trabalhos referentes ao processo de avaliação de serviços de saúde mental apenas ganharam destaque em âmbito nacional a partir do ano de 2009 com 12 publicações significando 41% dos estudos encontrados, seguido pelo ano de 2011 com 9 publicações, o que representa 31% do total de artigos selecionados. Nos demais anos a produção científica sobre o tema foi pequena.

Os avanços mais significativos do setor saúde no Brasil ocorreram em meados das décadas de 1970 e 1980 principalmente a partir da consolidação de movimentos sociais em prol de qualidade de assistência à saúde, acesso universal, igualitário e equânime. A reforma sanitária impulsionou a materialização do SUS e a aprovação de leis que modificaram significativamente a rotina da população em relação à condição de acesso a bens e serviços de saúde (AGUIAR, 2011). No âmbito da saúde mental no país a Reforma Psiquiátrica obteve

seu marco histórico com a aprovação da Lei 10.216/01 que previa a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, contanto ainda com a Portaria Nº 336/2002 que efetiva a criação e vinculação dos CAPS ao Ministério da Saúde.

A articulação de uma rede efetiva de saúde mental vem se configurando como um dos maiores desafios do campo da gestão. A rede de saúde mental é complexa e característica pela atuação diversificada, de base territorial devendo se constituir como um dispositivo de referência para os usuários do serviço. Nos últimos anos, portanto, alguns serviços substitutivos foram marcados por sua consolidação, expansão e consequente qualificação da rede de atenção ao paciente em sofrimento psíquico, tornando os CAPS o principal e central objeto das ações e normatizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a).

O que se percebe, a partir dos dados quantitativos relacionados aos períodos em que se sobressaíram as publicações, é que, mesmo que as maiores manifestações do setor saúde tenham ocorrido há mais de 20 anos, e especificamente a saúde mental ter tido seu marco evolutivo no que diz respeito à criação de serviços substitutivos no ano de 2001, as avaliações dos serviços, o conhecimento das formas de funcionamento do CAPS, ainda é marcado por um processo bastante lento, comprovado pela representatividade ter se dado apenas a partir do ano de 2009.

Neste caso, a conjuntura política e social que envolve o campo da saúde mental tornou-se mais complexa a cada ano, e o significativo número de produções científicas sobre os processos avaliativos de serviços de saúde mental no Brasil pode estar relacionado ao expressivo avanço neste campo ocorrido no período entre 2007 e 2010 a partir de ações que possibilitaram o aprofundamento da ampliação na quantidade de serviços de saúde mental do acesso a estes (BRASIL, 2011b).

**Tabela 2: Dados referentes ao *qualis* do periódico de publicação dos artigos. Periódicos Online, 2014.**

QUALIS/PERIÓDICO	N	%
A1	1	3,5
A2	17	58,7
B1	5	17,2
B2	6	20,6
TOTAL	29	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

De acordo com a análise da tabela, percebe-se um dado importante em relação às pesquisas sobre avaliação de serviços de saúde mental no Brasil representado por 17 trabalhos publicados em periódicos de alto fator de impacto, com *qualis* A2, o que significa 58,7% do total. Seguido por 5 trabalhos publicados em revistas B1 e 6 publicados em revista B2 implicando, 17,2% e 20,6% respectivamente. Tais dados representam uma condição importante para o campo da saúde mental, mostrando que esta área do conhecimento tem ganhado espaço nas publicações de renome, o que de certo modo contribui para ampliação do conhecimento e reconhecimento da comunidade acadêmica acerca da saúde mental.

Para tanto, como estratégia de gestão para o enfrentamento dos desafios impostos pelo processo de globalização, os gestores precisam garantir acesso ao tratamento de qualidade respeitando os direitos humanos para que possam desenvolver políticas e práticas abrangentes, com incentivo para intervenção e avaliação de resultados, fortalecendo a saúde mental como ciência, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais de saúde deste campo de atuação a partir da realização de pesquisas (SANDUVETTE, 2007).

É importante destacar que embora ainda se reconheça um pequeno quantitativo de publicações relacionadas à avaliação dos CAPS no Brasil, percebe-se que os periódicos que vêm publicando estes estudos são indexados e de qualidade elevada, com reconhecimento nacional e internacional. Tal fato pode indicar que as pesquisas realizadas detêm alto nível de qualidade, promovendo visibilidade e acesso, com capacidade de atingir os públicos de interesse da área da gestão em saúde, na perspectiva de aperfeiçoar as práticas de cuidado em saúde mental.

Fica claro que o desenvolvimento de estratégias de trabalho e de cuidado efetivas, nos serviços de saúde mental, principalmente nos CAPS, resulta na necessidade de avaliação e principalmente na necessidade de divulgação dos dados para expansão da prática. Neste caso, a comprovação da eficácia e dos benefícios advindos de um bom trabalho interdisciplinar e intersetorial devem continuar sendo feita a partir do desenvolvimento de pesquisas científicas e publicação em periódicos nacionais e internacionais.

Para que isso de fato aconteça, os pesquisadores precisam, de certo modo, enfrentar interesses adversos, dentre eles estão: a prática da psiquiatria hospitalar pautada em longos períodos de internação e tratamento medicamentoso, aliada à forte influência da indústria farmacêutica, bem como confrontar as ações individualistas que permeiam o cotidiano da sociedade contemporânea, o que torna necessário expandir o conhecimento e divulgar experiências a respeito da inclusão/aceitação das diferenças humanas, de cunho físico, mental, étnico/racial dentre outras (SANDUVETTE, 2007).

**Tabela 03: Dados referentes ao tipo de estudo. Periódicos Online, 2014.**

TIPO DE ESTUDO	N	%
Quantitativo	7	24,1
Qualitativo	21	72,4
Quanti-Quali	1	3,5
TOTAL	29	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A última interface da pesquisa a ser investigada diz relação ao tipo de estudo desenvolvido nos artigos que envolveram processos avaliativos. A pesquisa do tipo qualitativa representou 72,4% da amostra com 21 trabalhos. O trabalho quantitativo foi utilizado em 7 pesquisas somando 24,1% e apenas 1 trabalho desenvolveu metodologia quanti-quantitativa, representando 3,5%. O número elevado de pesquisas qualitativas nos leva a compreender a importância de captar a subjetividade dos sujeitos para compreender o processo relacional estabelecido entre usuários, familiares, profissionais e gestores.

A investigação qualitativa é prioritariamente utilizada em situações que os dados precisam fazer emergir fenômenos, subjetividade, experiências de vida. Este tipo de pesquisa investe na busca de sentidos, valores, crenças, opiniões e representações, aprofunda-se na complexidade dos fatos para compreensão dos hábitos e atitudes de determinados grupos (MINAYO, 2010).

O aumento no número de pesquisadores que optam pelo desenvolvimento de pesquisas qualitativas tem sido bastante expressivo, tal fato pode estar relacionado ao rompimento dos paradigmas frequentemente impostos, demonstrando a veracidade, confiabilidade e importância da pesquisa qualitativa por permitir aproximação do pesquisador com a realidade política, social, cultural e econômica dos participantes, além de buscar compreender a totalidade do fenômeno investigado aproximando-se cada vez mais da realidade (ERDMANN et al., 2005).

Os dois tipos de abordagem devem ser trabalhados de forma cuidadosa e criteriosa,

O universo não passível de ser captado por hipóteses perceptíveis, verificáveis e de difícil quantificação é o campo, por excelência, das pesquisas qualitativas. A imersão na esfera da subjetividade e do simbolismo, firmemente enraizados no contexto social do qual emergem, é condição essencial para o seu desenvolvimento. Através dela, consegue-se penetrar nas intenções e motivos, a partir dos quais ações e relações adquirem sentido. Sua utilização é, portanto, indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo (PAULILO, 1999, p. 136).

**Tabela 04: Dados referentes à formação profissional dos autores dos artigos. Periódicos Online, 2014.**

FORMAÇÃO DOS PESQUISADORES	N	%
Psicólogo	17	26
Enfermeiro	38	57,5
Médico	6	9
Estatístico	1	1,5
Terapeuta Ocupacional	3	4,5
Educador Físico	1	1,5
TOTAL	66	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que diz respeito à formação profissional dos autores dos trabalhos selecionados na amostra, pode-se perceber a partir da leitura da tabela que, com exceção do Estatístico, todos os outros profissionais estão ligados às Ciências da Saúde. No que se perfaz um total de 66 pesquisadores, 38 são enfermeiros (57,5%) e 17 são psicólogos (26%) representando as duas áreas de atuação que mais investem e pesquisam a respeito dos serviços de saúde mental.

Para que se obtivesse o número total de autores apresentados é importante salientar que os trabalhos foram produzidos por um número significativo de autores totalizando 126 pesquisadores. Contudo, cabe ressaltar que parte destes pesquisadores publicou mais de um estudo científico durante o período dos 10 anos investigados, sendo assim, considerando essa informação e ao fazer o refinamento dos dados constatou-se que 66 é o número exato de autores dos trabalhos revisados, distribuídos por categoria profissional como disposto na tabela, nos levando a compreender que embora se perceba uma significativa disseminação do conhecimento na área da saúde mental e a expansão dos campos de atuação, não existe uma quantidade significativa de novos pesquisadores envolvidos/interessados nesta área do conhecimento.

Torna-se oportuno revelar também que para possibilitar a obtenção dos dados relativos à formação profissional dos autores dos artigos, as informações presentes nos trabalhos foram consultadas, quando presentes de acordo com a formatação de cada periódico. Todavia, diante das restrições impostas por este tipo de consulta e a necessidade de aprofundamento acerca da área de atuação de cada autor, buscou-se auxílio ao *currículo lattes* disponibilizado pela Plataforma Lattes.

Na maioria dos trabalhos pesquisados, podemos observar que seus autores representavam a mesma formação profissional, o que nos chamou atenção para pouca interdisciplinaridade na produção do conhecimento científico. Acredita-se neste sentido, que o exercício da produção de conhecimento científico deve ser pautado nas práticas interdisciplinares, favorecendo a troca de saberes e experiências sob a visão de mundo de cada pesquisador, contribuindo para a ampliação das possibilidades de aprendizado e formação de elos de ligação entre as diferentes áreas de conhecimento.

Se tratando da significativa participação de enfermeiros na produção do conhecimento em saúde mental, Erdmann e Lanzoni (2008, p. 317) afirmam que:

A enfermagem necessita incrementar a produção de conhecimento através da pesquisa para maior visibilidade, reconhecimento e consolidação da profissão como ciência, tecnologia e inovação. Isto se reflete na sua melhor qualificação do ensino nos níveis de graduação e pós-graduação, o qual orienta-se por uma prática de cuidado responsável com a vida e saúde do cidadão.

Nesta mesma linha, podemos dizer que a enfermagem vem ao longo dos anos consolidando sua prática como área de atuação sociopoliticamente responsável pela gestão da saúde humana e de todos os aspectos que envolvem o cuidado (TRENTINI; PAIM; VÁSQUEZ, 2011).

A enfermagem, dentre muitas de suas facetas está ligada diretamente à ciência e a filosofia. A ciência, neste caso, encarrega-se daquilo que é palpável, conceituável, com a relação de causas e efeitos, enquanto a filosofia preocupa-se com a finalidade da vida humana, a natureza do ser, o abstrato. Ao perceber as relações que a enfermagem exerce, compreende-se que ao longo dos anos ocorreram sucessivas rupturas epistemológicas e paradigmáticas em relação ao cuidado de enfermagem e o exercício da profissão apenas ligada a conotações culturais e ideológicas de paternalismo e sentimento de *maternagem* (McEWEN; WILLS, 2009).

Dando seguimento aos passos desta investigação, visualizaremos a seguir o grupo que trata dos dados referentes ao desenvolvimento da pesquisa.

#### **4.2 Agrupamento II: Dados referentes ao desenvolvimento da pesquisa (Local; população/amostra; Fator avaliado; Abordagem do estudo).**

**Tabela 05: Dados referentes à região do país onde foi desenvolvido o estudo. Periódicos Online, 2014.**

REGIÃO	N	%
Norte	-	0
Nordeste	4	13,8
Centro-oeste	5	17,2
Sul	13	44,8
Sudeste	5	17,2
Não informado	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

Ao analisar a tabela acima percebe-se um significativo quantitativo de trabalhos realizados na região Sul do país perfazendo um total de 13 trabalhos (44,8%), seguido das regiões Centro-Oeste e Sudeste com 5 trabalhos (17,2%), e a região Nordeste com 4 artigos (13,8%). A região Norte não apresentou nenhum trabalho sobre avaliação de serviços de saúde mental e 2 trabalhos (7%) não descreveram o local onde a pesquisa foi desenvolvida.

A região Sul apresentou grande representatividade científica na produção de artigos relacionados ao trabalho em saúde mental, embora sua trajetória de implantação de serviços substitutivos e consolidação da reforma psiquiátrica não apresente destaque nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Ao contrário disto, a região Sudeste que representou no estudo um quantitativo inferior de pesquisas, teve destaque no cenário nacional, em relação aos avanços na saúde mental, no ano de 1986 com a criação e implementação do primeiro CAPS do país na cidade de Santos – SP, com a proposta de evitar internações psiquiátricas e acolher egressos de hospitais psiquiátricos, no intuito de oferecer ações de saúde capazes de resgatar a inclusão social e exercício da cidadania (RIBEIRO, 2004).

Da mesma maneira, cita-se o exemplo da região Nordeste que apresentou baixa apresentação nesta pesquisa de revisão, mas que tem em sua trajetória na reforma psiquiátrica o exemplo de cidades que serviram de modelo país. O município de Campina Grande – PB, tem história de representatividade no processo de extinção de leitos psiquiátricos, desinstitucionalização, e reorganização da rede de atenção em saúde mental, sua experiência foi relatada como exitosa em documentos oficiais do Ministério da Saúde ao citar a intervenção realizada no Hospital João Ribeiro, com processo de desinstitucionalização de 176 pacientes e descredenciamento do SUS no ano de 2005 (BRASIL, 2007a).

O plano de reorganização da rede não abrangeu apenas o município de Campina Grande, mas proporcionou melhoras aos municípios da macrorregião. A cidade foi habilitada no Programa de Volta da Pra Casa e a partir disso começou a receber incentivos do Ministério da Saúde para implementação de serviços substitutivos. Até o ano de 2007 contava-se com 6

Serviços Residenciais Terapêuticos em Campina Grande e outros 7 em municípios da macrorregião; 4 CAPS, sendo 1(um) tipo III, 2 (dois) tipo Infantil e 1 (um) tipo AD; serviço de emergência psiquiátrica. (BRASIL, 2007a). Na atualidade, o município conta com 8 CAPS: CAPS III – Reviver; CAPS II – Novos Tempos; CAPSi – Viva Gente; CAPSinho – Intervenção Precoce; CAPS AD; CAPS AD III infanto-juvenil; CAPS I nos distritos de Galante e São José da Mata.

De forma geral, o processo que caracterizou a expansão dos CAPS em cidades localizadas no interior do país, comprova a representatividade de Nordeste diante o cenário nacional. Os números indicam que no ano de 2002 a cobertura média era de 0,12 CAPS para cada 100.000 habitantes saltando para 0,81 CAPS por 100.000 habitantes ao término de 2010, significando que a região multiplicou em oito vezes a quantidade de serviços, representados anteriormente por 71 CAPS e a posteriori por 579 serviços (BRASIL, 2011b).

Diante a representatividade destes municípios para a história da saúde mental no Brasil, e a ausência de publicação científica a respeito da avaliação dos respectivos serviços, nos leva a refletir sobre a necessidade de apoio e incentivo para que estes serviços continuem avançando e consolidando uma prática humana, pautada nos direitos dos portadores de sofrimento psíquico. Isto inclui a valorização do profissional, qualidade e condição digna de trabalho, além do oferecimento e investimento dos gestores em cursos de capacitação, aperfeiçoamento e pós-graduação que incentivem o profissional a desenvolver pesquisas em seu ambiente de trabalho.

**Tabela 06: Dados sobre a população/amostra dos estudos. Periódicos Online, 2014.**

POPULAÇÃO	N	%
Profissionais	9	31
Familiares	3	10,3
Usuários	7	24,1
Documentos	1	3,5
Usuários + Familiares	2	7
Usuários + Familiares + Profissionais	7	24,1
TOTAL	29	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014

Ao analisar a Tabela 05, pode-se perceber que a maioria dos artigos utilizou como amostra da pesquisa os profissionais dos serviços investigados, totalizando 9 trabalhos perfazendo um total de 31%. Seguindo a este resultado, 7 trabalhos contaram com a

participação dos usuários do serviço, bem como da associação entre profissionais, usuários e familiares representando 24,1% desta amostra.

Compreende-se que a investigação envolvendo a tríade, profissionais, usuários e familiares, favorece a percepção e reconhecimento do serviço e da qualidade da assistência prestada sob diferentes ópticas. Tal fato pode contribuir para o aperfeiçoamento ou mudanças na forma de cuidado, ao envolver os principais sujeitos do tratamento em saúde mental.

Frente ao panorama exposto, a atenção voltada à percepção dos serviços sob a óptica da referida tríade, reafirma a necessidade da construção de ações de corresponsabilidade entre profissionais e familiares, atividades de suporte familiar e ações de mudanças nos modelos tradicionais de trabalho e gestão, culminando no avanço progressivo nas políticas de inclusão e reabilitação, fortalecimento do controle social em prol do avanço do processo de desinstitucionalização (DIMENSTEIN et al., 2010).

A expansão da rede extra-hospitalar de cuidados em saúde mental se consolida ao longo dos anos como espaço destinado a ações que ultrapassem o simplismo das consultas, medicações e práticas intramuros (BRÊDA et al., 2011). Para que tais ações correspondam às expectativas, é necessário pautar a prática profissional de acordo com as necessidades impostas pelo convívio do usuário no seio social e familiar.

A participação do profissional como membro ativo do processo de cuidar é de extrema relevância para melhoria das ações de saúde mental, levando em consideração as interfaces do processo de trabalho e as possibilidades de atuação, dependendo, é claro, das condições de trabalho, relações interpessoais entre os membros da equipe, alianças e construção de vínculos de confiabilidade com familiares e usuários.

Percebe-se que todas as partes interessadas e integrantes da ação avaliativa contribuem de diferentes formas, sob diferentes olhares, a partir do papel que cada um exerce na construção do cuidado em saúde mental. Neste caso, os processos avaliativos de serviços substitutivos contribuem para a melhoria do cuidado em saúde mental e fortalecimento dos vínculos entre os principais atores envolvidos no tratamento, reabilitação e reinserção social.

**Tabela 07: Dados referentes aos aspectos avaliados nos estudos. Periódicos Online, 2014.**

FATOR AVALIADO	N	%
Estrutura física	2	7
Estrutura física + Recursos humanos	1	3,5
Satisfação – usuário	5	17

Satisfação – familiar	3	10,3
Satisfação – profissional	3	10,3
Processo de trabalho	11	37,9
Satisfação – usuário + familiar	2	7
Satisfação – usuário + familiar + profissional	2	7
TOTAL	29	100%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

No que diz respeito aos principais fatores avaliados nos serviços substitutivos dos estudos que compuseram a amostra desta pesquisa, obtêm-se destaque na avaliação do processo de trabalho, aspecto avaliado em 11 trabalhos representando 37,9% da amostra. Seguiu-se esse número com a avaliação da satisfação/impressão dos usuários de forma isolada em 5 trabalhos (17%) e em outros 4 trabalhos de forma associada a percepção de familiares e profissionais representando 7%. A satisfação dos familiares e dos profissionais apareceram em 3 trabalhos correspondendo a 10,3% do total da amostra.

A avaliação de serviços de saúde mental, principalmente no que concerne o processo de trabalho, deve ser pautada a partir de uma proposta de funcionamento ancorada nas conquistas alcançadas por meio de movimentos sociais, como a reforma psiquiátrica e sanitária, baseada também na criação de serviços substitutivos e a instituição da RAPS. O processo de trabalho representa fonte de avaliação bastante complexa, engloba vários aspectos do cotidiano de profissionais, familiares e usuários, ações de acolhimento, vínculo, desenvolvimento de oficinas terapêuticas, consultas individuais e propostas de inserção social e familiar com base no exercício da cidadania podem ser percebidas neste eixo de pesquisa.

A partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica, o que se viu foi a construção de um trabalho da equipe de saúde que precisou romper com práticas hospitalares e medicalizadoras, buscando adaptar-se a princípios inovadores de prática interdisciplinar, aberta a formação de vínculo entre profissionais de saúde e usuários do serviço no intuito de construir saberes sociais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Embora o campo da saúde mental tenha apresentado severas modificações, transparecidas por meio de rupturas conceituais, sociais e paradigmáticas, o que se percebe há alguns anos é a fragilidade no processo de trabalho enfrentado pelos profissionais dos serviços substitutivos apresentando a necessidade de avaliação constante como forma de subsidiar novas transformações.

É importante destacar que as necessidades no campo da saúde mental cresceram e tornaram-se mais complexas. Tal fenômeno exige uma atualização permanente associada a

diversificação das formas de atuação e articulação referentes a prática do profissional de saúde e de gestão, auxiliando na construção de estratégias inovadoras de cuidado. Para tanto, para que os avanços desejados para a saúde mental atinjam pico máximo de desenvolvimento é necessário que gestores se articulem de modo intersetorial assegurando a possibilidade de trabalho integrado em todas as linhas e níveis de atuação (BRASIL, 2011b), sendo necessária, portanto, que a observação e avaliação de sua forma de administração seja envolvida nas pesquisas que avaliam serviços de saúde mental.

A qualidade nessa prestação de serviços supõe a evolução do paciente na direção da promoção da sua saúde e da sua cidadania; supõe resolutividade, que se entende como eficiência mais eficácia nas intervenções. Não basta, portanto, estar dentro do CAPS, por algumas horas diárias, repetindo tarefas, às vezes até bem eficientes, mas ineficazes se não implicam em evolução psicossocial dos pacientes; é necessário elaborar projetos, definir e publicar planos de ação, com e para a equipe, com e para as pessoas que são o alvo da assistência (SANUVETTE, 2007, p. 88).

Por outro lado, a avaliação também leva bastante em consideração a satisfação do usuário com o tratamento nos serviços de saúde mental, tal satisfação deve aqui ser percebida e acrescida de investigações que envolvem a percepção dos usuários a respeito dos efeitos produzidos pelo tratamento, assim como avaliação global do tratamento. Para tanto, deve-se compreender que não se permite, nos dias atuais, que as práticas desenvolvidas em hospitais psiquiátricos com pacientes em clausura sejam replicadas em serviços substitutivos com a desculpa de que estão sendo desenvolvidas ações no território, em ambiente comunitário. Com isso, “o acolhimento das pessoas em sofrimento mental dentro desse novo espaço deve se constituir através do apoio de resgate de autonomia, respeito à cultura, particularidades e direitos, além de estímulo à integração familiar e social” (BRÊDA et al., 2011, p. 818).

No entanto, o que se percebe é que embora a informação prestada pelo usuário do serviço em relação à sua percepção dos fatores positivos e negativos impostos pelo tratamento nestes locais seja de suma importância dentro dos processos avaliativos, por, de fato contribuir para melhoria no cuidado, não se percebe ainda verdadeira credibilidade a essas “vozes” e acredita-se que novas formas de relacionamento que envolva usuários e serviço só poderão ser desenvolvidas a partir do momento em que a percepção do sujeito for levada em consideração (BRÊDA et al., 2011).

Como a participação das famílias nos trabalhos investigados também não foi relativamente significativa, esse dado corrobora a pesquisa de Duarte e Kantorski (2011), concluindo que a participação efetiva e eficaz da família no cuidado contínuo e de qualidade ao portador de sofrimento psíquico ainda se caracteriza como um desafio para o serviço, mesmo diante de sua importância na recuperação dos usuários. Como estratégia, é preciso que

a equipe do serviço consiga projetar a família como ator importante na busca pela reabilitação psicossocial, por meio de construções coletivas e cotidianas.

Por outro lado, devido à sobrecarga emocional imposta pelo transtorno mental, as famílias envolvidas no tratamento precisam receber apoio integral do serviço e ser incluídas em ações de cuidado, para que continue representando fonte de apoio e confiança. O cuidado a família também deve ser pautado nos pressupostos da reforma psiquiátrica como forma de qualificar as relações. Ouvir a voz dos familiares em processos avaliativos é compreender os efeitos que o tratamento produz na vida do usuário dentro de sua realidade familiar, social e cultural.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as discussões realizadas a partir dos dados alcançados por este estudo, foi possível reconhecer um pequeno desenho do perfil de publicações brasileiras no que diz respeito à avaliação de serviços de saúde mental, especificamente dos CAPS. Tal fato nos apresentou um panorama que desperta certa preocupação no que concerne a implementação abundante deste tipo de serviço nos últimos anos no país, enquanto, por vezes, não há investigação referente às formas de funcionamento do serviço, qualidade do atendimento, processo de trabalho e demais vertentes imprescindíveis para uma avaliação de qualidade de como os serviços substitutivos vêm desenvolvendo ao longo dos anos as práticas extramuros.

É importante destacar que alguns municípios do país configuraram-se como referência em relação aos primeiros passos dados para a efetivação da mudança das práticas de cuidado ao portador de sofrimento psíquico, no entanto, existem alguns fatores impeditivos, de ordem política, econômica, pessoal e de gestão que provavelmente não permite, ou não dispensa atenção que uma boa prática de gestão e avaliação de qualidade deve ter. Os serviços foram implantados e por todos esses anos poucas realidades foram investigadas, profissionais, usuários, familiares e gestores, permanecem desenvolvendo ações sem conhecer de forma concreta os resultados alcançados.

Ao revisitar historicamente a perspectiva de construção de novos serviços, nos chama atenção à necessidade de os estudos a serem desenvolvidos, a partir do panorama exposto por este trabalho, estarem focados nas dimensões do cuidado instituídas no momento de implementação do serviço: teórico- conceitual; técnico assistencial; jurídico – política; e sócio cultural. Tal perspectiva deve ser fielmente observada para que se consiga alcançar a integralidade do cuidado na rede substitutiva de serviços de saúde mental, na intenção de chegar ao patamar da inclusão social, além de promover qualidade de trabalho para aqueles inseridos no processo de cuidar.

Percebe-se que muitos avanços já foram alcançados neste campo teórico desde os principais movimentos sociais que impulsionaram a criação e organização dos serviços, mas compreende-se que tais avanços ainda caminham a passos lentos e que, de forma mais preocupante, não significa apenas implantar serviços de forma aleatória, é preciso saber se todos os investimentos e as lutas pela substituição do modelo de cuidado, transição de local de atendimento e mudança de postura profissional esta surtindo o efeito desejado à vida do portador de sofrimento psíquico enquanto sujeito social.

Um passo importante que vem sendo dado, é a construção de estudos bem estruturados e construídos de forma coerente que tem permitido a exposição dos resultados em periódicos renomados, possibilitando e favorecendo a expansão do conhecimento e a divulgação de avanços e fragilidades na prática de reabilitação e inclusão social. Destaca-se neste ponto, a importante participação dos profissionais de enfermagem, enquanto atores da gestão em saúde, ou como profissional de saúde atuante em CAPS levando em consideração a representatividade da classe nos serviços de atenção, ou, como membro da comissão de avaliação, permitida tal ação pela característica multifacetada que a profissão dispõe. Isto permite ao enfermeiro estar próximo à rotina e dia a dia dos serviços, construir vínculo com usuários e familiares, além de atuar na gestão e buscar a construção de conhecimento.

Deve-se enfatizar a versatilidade das ações neste campo de atuação, a relação que se fortalece entre profissionais de saúde, usuários e familiares, na perspectiva de construir novas oportunidades de atuação e construção de um serviço de qualidade pautado principalmente na visão dos principais atores que compõem o processo de cuidar.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

AGUILAR, M. L.; ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

BOSI, M. L.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 150 – 153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: CNS/MS, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. **Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Diretrizes e normas para o funcionamento dos serviços de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. secretaria de atenção a saúde. departamento de ações programáticas e estratégicas (DAPE). **Manual do programa de volta pra casa**. Brasília: Ministério da saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas, o que são, pra que servem**. Brasília: MS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.841 de 20 de setembro de 2010**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas – 24 horas – CAPS ad III. Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de gestão 2007-2010. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf)> Acesso em: 22 ago 2014.

BRÊDA, M. Z.; RIBEIRO, M. C.; SILVA, P. P. A. C.; SILVA, R. C. O.; COSTA, T. F. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do estado de Alagoas: a opinião do usuário. **Rev Rene**. v. 12, n. 4, p. 817-824, 2011.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Orgs). **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: Saunders Company, 2000. p.231-250.

DELGADO, P. S. **O Ministério da Saúde e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 2005. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/comissao/saude\\_mental/apresentacao.htm](http://conselho.saude.gov.br/comissao/saude_mental/apresentacao.htm)> Acesso em: 10 set 2014.

DIMENSTEIN, M.; SALES, A.L.; GALVÃO, E.; SEVERO, A.K. Estratégias da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Revista Physis**, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Enferm**. v. 64, n. 1, p. 47-52, 2011.

ERDMANN, A. L.; SILVA, I. A.; RODRIGUES, R. A. P.; FERNANDES, J. D.; VIANNA, L. A. C.; LOPES, M. J. M. et al. Teses produzidas nos programas de Pós-Graduação em enfermagem de 1983 a 2001. **Rev Esc Enferm USP**. v. 39, n. esp, p. 497-505, 2005.

ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 12, n. 2, p. 316-322, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde public**. v. 24, n. 11, p. 2671-2680, 2008.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing and Health**. v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de saúde mental no Brasil: evolução de gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 46, n.

1, p. 51-58, 2012. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000100007&script=sci_arttext)> Acesso em: 15 set. 2012.

GUEDES, A. C.; et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Enferm.** Goiânia, v. 12, n.3, p. 547-553, 2010. Disponível em: < [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a19.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a19.htm)> Acesso em: 15 set. 2012.

HIRDES, A. Reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n.1, p. 297-305, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_arttext)> Acesso em: 09 set. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Soc.** v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

KANTORSKI, L. P. et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. **Saúde em Debate.** v. 33, n. 82, p. 273-282, 2009.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem.** 2 ed. Artmed, 2009.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev Eletronic saúde mental Alcool Drog.** v, 4, n. 2, p. 00-00, 2008.

MINAYIO, M. C. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad saúde public.** v. 23, n. 10, p. 2375-2384, 2007.

OLIVEIRA, M. A. F.; CESTARI, T. Y.; PEREIRA, M. O.; PINHO, P. H.; GONÇALVES, R. M. D. A.; CLARO, H. G. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em debate,** v. 38, n. 1, p. 368-278, 2014.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev latino-am enferm.** v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003.

OMS. Organização Mundial da Saúde. OPS. Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas.** Conferência para Reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas: Venezuela, OMS/OPAS, 1990.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em debate.** v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009.

PAULILO, M. A. S. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serv Soc em revista.** v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999.

REINALDO, A. M. S. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 173-178, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a27.pdf>> Acesso em: 06 nov. 2012.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol cienc profissão.** v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental.** 2. ed. atual. e ampl. 9. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010.

SANDUVETTE, V. Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos no Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Psicol USP.** v. 18, n. 1, p. 83-100, 2007.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saúde Public.** v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein,** v. 8, n. 1, p. 102-106., 2010.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde.** v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; VÁSQUEZ, M. L. A responsabilidade social da Enfermagem frente à política da humanização em saúde. **Colomb Med.** v. 42, n. suppl 1, p. 95-102, 2011.

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

## APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados

<b>FORMULÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO</b>
Periódico/Qualis:
Ano de Publicação:
Localização na base de Dados: <input type="checkbox"/> SCIELO <input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> BDENF
Título do artigo:
Objetivos do estudo:
Tipo de estudo: <input type="checkbox"/> Qualitativo <input type="checkbox"/> Quantitativo <input type="checkbox"/> Quanti – Qualitativo
Região onde a pesquisa foi realizada: <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Nordeste <input type="checkbox"/> Centro-Oeste <input type="checkbox"/> Sudeste <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Não informado
População/Amostra do estudo: <input type="checkbox"/> Profissionais <input type="checkbox"/> Usuários <input type="checkbox"/> Familiares/Cuidadores <input type="checkbox"/> Gestores <input type="checkbox"/> Documentos <input type="checkbox"/> Outros: _____
Fatores avaliados no estudo: <input type="checkbox"/> Estrutura física <input type="checkbox"/> Recursos Humanos / Qualificação

- Satisfação (usuário)
- Satisfação (familiares/cuidadores)
- Satisfação (profissional)
- Processo de Trabalho
- Outros: \_\_\_\_\_

Formação dos pesquisadores:

- Enfermeiro
- Psicólogo
- Médico
- Terapeuta Ocupacional
- Educador físico
- Outros: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Artigos Selecionados para Revisão

<b>ARTIGOS SELECIONADOS PARA COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA</b>
ARAÚJO, A. K.; TANAKA, O, Y. Avaliação do processo de acolhimento em saúde mental na região Centro-Oeste do município de São Paulo: A relação entre CAPS e UBS em análise. <b>Interface – Comunic., Saude, Educ.</b> v. 16, n, 43, p. 917-928, 2012.
BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; COSTA, C. S.; CESARI, L. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida de percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. <b>J Bras Psiquiatr.</b> V. 58, n. 2, p. 107-114, 2009.
BANDEIRA, M.; SILVA, M. A.; CAMILO, C. A.; FELÍCIO, C. M. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. <b>J Bras Psiquiatr.</b> v. 60, n. 4, p. 284-293, 2011.
BANDEIRA, M. D.; ANDRADE, M. C. R.; COSTA, C. S.; SILVA, M. A. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da escala de mudança percebida. <b>Psicologia: reflexão e crítica.</b> v. 24, n. 2, p. 236-244, 2011.
BRÊDA, M. Z.; RIBEIRO, M. C.; SILVA, P. P. A. C.; SILVA, R. C. O.; COSTA, T. F. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do estado de Alagoas: a opinião do usuário. <b>Rev Rene.</b> v. 12, n. 4, p. 817-824, 2011.
COSTA, C. S.; BANDEIRA, M.; CALVANCATI, R. L. A.; SCALON, J. D. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. <b>Cad Saúde Pública.</b> v. 27, n. 5, p. 995-1007, 2011.
DUARTE, M. L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. <b>Rev Bras Enferm.</b> v. 64, n. 1, p. 47-52, 2011.
GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um centro de atenção psicossocial. <b>Rev Esc Enferm USP.</b> v. 45, n. 3, p. 716-721, 2011.
GUIMARÃES, J. A. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em centros de atenção psicossocial. <b>Ciênc Saúde Colet.</b> v. 16, n. 4, p. 2145-2154, 2011.
KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; JADRIM, V. M. R.; BIELEMAN, V. L. M.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas

para avaliação de serviços de saúde mental. <b>Interface – Comunic., Saude, Educ.</b> v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.
KANTORSKI, L. P.; JADRIM, V. M. R.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; HECK, R. M.; et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. <b>Rev Saúde Publica.</b> v. 43, supl. 1, p. 29-35, 2009.
MARTINS, A. K. L.; OLIVEIRA, J. D.; SILVA, K. V. L. G.; MOREIRA, D. A.; SOUZA, A. M. A. Oficinas terapêuticas sob o olhar de usuários do CAPS: um estudo descritivo. <b>Rev Enferm UFPE on line.</b> v. 4, n. 1, p. 75-81, 2010.
MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. <b>Ciênc Saúde Colet.</b> v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.
NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo – SP. <b>Rev Saúde Pública.</b> v. 43, supl. 1, p. 8-15, 2009.
OLSCHOWSKY, A.; GLANZNER, C. H.; MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: a realidade de Foz do Iguaçu. <b>Rev Esc Enferm USP.</b> v. 43, n. 4, p. 781-787, 2009.
ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; FERRER, A. L.; MIRANDA, L.; GAMA, C. A. P. da.; Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. <b>Rev Saúde Pública.</b> v. 43, supl 1, p. 16-22, 2009.
PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; SCHAWRTZ, E.; LANGE, C.; ZILMER, J. G. V. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. <b>Rev Panam Salud Publica.</b> v. 30, n. 4, p. 354-360, 2011.
REBOUÇAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G. M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. <b>Cad Saúde Publica.</b> v. 24, n. 3, p. 624, 632, 2008.
SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. A.; Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com o serviço. <b>Estud Psicol.</b> v. 19, n. 1, p. 13-21, 2014.
SCANDOLARA, A. S.; ROCKENBACH, A.; SGARBOSSA, E. A.; LINKE, L. R.; TONINI, N. S. Avaliação do centro de atenção psicossocial infantil de Cascavel-PR. <b>Psicol Soc.</b> v. 21, n. 3, p. 334-342, 2009.
SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. <b>Ciencia y enfermeria.</b> v. 15, n. 3,

p. 91-100, 2009.
SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C.; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. <b>Rev Gauch Enferm.</b> v. 30, n. 1, p. 131-135, 2009.
SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Processo de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. <b>Psicol Soc.</b> v. 23, n. 2, p. 340-349, 2011.
SILVA, M. A.; BANDEIRA, M; SCALON, J. D.; QUAGLIA, M. A. C. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. <b>J Bras Psiquiatr.</b> v. 61, n. 2, p. 64-71, 2012.
SILVA, N. S.; ESPERIDÃO, E.; BEZERRA, A. L. Q.; CAVALCANTE, A. C. G.; SOUZA, A. C. S.; SILVA, K. K. C. Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de Saúde Mental. <b>Rev Bras Enferm.</b> v. 66, n. 5, p. 745-752, 2013.
TAVARES, C. M. M.; SOBRA, V. R. S. Práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do centro de atenção psicossocial (CAPS). <b>REME – Rev Min Enf.</b> v. 9, n. 2, p. 121-125, 2005.
TEXEIRA JUNIOR, S.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial a partir da vivência do portador de transtorno psíquico. <b>Rev Gauch Enferm.</b> v. 30, n. 3, p. 453-460, 2009.
TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVA, R. A.; GONÇALVES, H.; et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil: uma análise estratificada. <b>Cad Saúde Public.</b> v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010.
WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; OLSCHWOSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. Dimensões do objeto de trabalho um centro de atenção psicossocial. <b>Ciênc Saúde Colet.</b> v. 16, n. 4, p. 2133- 2143, 2011.