

# Dispositivos de Saúde Mental e Políticas Públicas: proposta de um instrumento para avaliar a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial

▸ César Pedrosa Soares \*

▸ Fabiana Queiroga \*\*

---

## Resumo

Com o objetivo de desenvolver instrumentos para avaliar a efetividade do processo de realização dos Centros de Atenção Psicossocial, essa pesquisa se apoiou em métodos qualitativos e quantitativos de investigação. Além disso, considerou-se a perspectiva relacionada ao modelo híbrido de análise de políticas públicas, com o intuito de abarcar a complexidade inerente ao campo da saúde mental. Inicialmente foi realizado um mapeamento das leis e diretrizes que orientam a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial; posteriormente, foi realizada uma análise documental dos prontuários destes serviços e; a partir dos dados obtidos, foram realizados dois grupos focais. Os resultados advindos da aplicação dos instrumentos desenvolvidos para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial possibilitaram a produção de evidências de validade bem como uma análise geral sobre esses dispositivos. Estas apontaram que os serviços, possivelmente, não estão sendo executados de forma efetiva. Diferentemente de outros indicadores de efetividade, os instrumentos propostos possibilitaram a utilização de indicadores que compõem um leque de perspectivas que podem contribuir com a avaliação da efetivação dos Centros de Atenção Psicossocial no país.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas. Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde Mental.

---

\* Doutorando em Saúde Global e Sustentabilidade, Universidade de São Paulo (USP).  
<https://orcid.org/0000-0002-9882-6577> E-mail: [cpscesar@usp.br](mailto:cpscesar@usp.br)

\*\* Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Brasília (UnB). Professora titular do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).  
<http://orcid.org/0000-0002-3811-8202> E-mail: [fabiana.queiroga@gmail.com](mailto:fabiana.queiroga@gmail.com)

## **Introdução**

A avaliação é um importante instrumento que pode informar o quanto uma política pública está alcançando os seus objetivos, visto que é capaz de apontar os seus efeitos no meio social, contribuindo para a observação da sua eficiência, eficácia e efetividade. Como coloca Mokate (2002), a avaliação de uma política surge para verificar se os recursos alocados em uma determinada ação pública estão atingindo os seus objetivos, sendo importante para legitimar as ações governamentais perante a sociedade.

Assim, este artigo visou propor um instrumento, ou medida, para avaliar a efetividade do processo de execução das políticas públicas de saúde mental. Especificamente, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e outras Drogas (AD) e de Transtorno Mental (TM). O conceito de efetividade utilizado neste trabalho é definido como a razão entre o que foi realizado nestes centros e o que está previsto pelo arcabouço legal e esperado pelos usuários e profissionais (SILVA, 2014). A partir desta perspectiva, as ações executadas e características desses serviços de saúde mental, além de atingirem os objetivos preestabelecidos por lei, devem estar em conformidade com os desejos e expectativas dos profissionais e, principalmente, dos usuários.

Com o intuito de expor o embasamento teórico que serviu de alicerce para a construção do instrumento de avaliação proposto, esta seção, primeiramente, aborda o campo de efetivação e avaliação de políticas públicas. Em um segundo momento, são apresentadas as perspectivas de análise existentes nesta área. E, por último, são articuladas estas questões com as políticas públicas de saúde mental e o instrumento aqui proposto.

No campo de políticas públicas, desde as publicações seminais, é utilizado um esquema analítico específico que tem como objetivo facilitar a compreensão do processo de produção das políticas. Este é denominado “ciclo de políticas públicas”, apresentando uma configuração sequencial onde cada fase aparece de forma interdependente (HILL; HUPE, 2014; SOUZA, 2006): 1) identificação do problema, 2) formação da agenda, 3) formulação de alternativas, 4) tomada de decisão, 5) implementação, 6) avaliação e 7) extinção da política pública.

O enfoque deste trabalho se concentra na fase da avaliação. Esta se refere a um conjunto de procedimentos técnicos capazes de produzir informações sobre a política pública que está sendo analisada. Assim, mais do que um processo para examinar distintos aspectos sobre uma política, nesta fase ocorre o levantamento consistente e sistemático de dados, com o intuito de produzir evidências que contribuam para o aperfeiçoamento da ação pública, assim como a consecução dos seus objetivos. A avaliação da execução, neste caso, característica do instrumento que está sendo proposto, tem como objetivo acompanhar a execução das atividades esperadas pela política, além de observar fatores relacionados à oferta, regularidade e a forma como as ações estão sendo realizadas (JANNUZZI, 2014).

Para avaliar a efetividade do processo de implementação, ou realização, de uma política pública, é importante compreender o que significa esta ação de “implementar”. O desenvolvimento do arcabouço teórico referente à realização de políticas públicas teve início com Pressman e Wildavsky (1973). Estes apontaram que os estudos na área de políticas públicas deveriam desvelar aquilo que inicialmente foi denominado de “*black-box*”. Ou seja, tornar claro o processo que ocorre entre a formulação de uma política e o seu resultado final, sendo este “espaço” relacionado à implementação. Como consequência, várias perspectivas de análise surgiram, sendo estas divididas em três categorias principais (PÜLZL; OLIVER, 2006): o modelo *top-down*, sendo caracterizado por enfatizar a capacidade que os formuladores de política têm em determinar os objetivos e controlar o processo de implementação; o modelo *bottom-up*, se referindo aos burocratas que atuam no local que está sendo implementada a política pública; e o modelo híbrido, sendo aquele que integra os dois modelos citados acima.

Detalhadamente, no modelo denominado *top-down*, o processo de execução é observado a partir de certas pressuposições, isto é, aspectos relacionados aos marcos legais presentes na formulação das políticas públicas que definem o que, quando e como será executada uma ação. Neste modelo, a discricionariedade dos atores que executam as normas preestabelecidas é vista como um empecilho, devendo ser controlada e eliminada para que a implementação seja efetiva.

Em um outro sentido, o modelo *bottom-up* observa tal discricionariedade de uma forma distinta. Isto porque, como aponta Hill (2003), ao invés de serem fases separadas,

como no modelo *top-down*, o processo de formulação e implantação é compartilhado pelos diversos atores que estão envolvidos em uma determinada ação pública. Portanto, ocorre um deslocamento do olhar que antes era voltado para as normas, ou para os formuladores das políticas, para um olhar que observa os atores que direta ou indiretamente influenciam o processo de implementação.

Considerando que ambas as perspectivas são importantes ao avaliar o processo na execução de uma política pública, o instrumento aqui proposto se apoiou em um modelo híbrido. Especificamente, abarcou-se tanto a análise comparativa entre o plano de ação – leis, regras e normas – e o que foi implementado, como a forma que os agentes implementadores e os usuários dos serviços influenciam a execução da política pública (HILL; HUPE, 2014).

Para Lipsky (2010), os agentes implementadores ou profissionais que atuam nos serviços, apresentam-se como funcionários que atuam em contato direto com os clientes dos serviços públicos. São responsáveis por intermediar o acesso da população à administração pública. Estes agentes, como aponta Lotta (2012), têm um grande impacto na vida dos indivíduos, assim, a relação destes com o local e as pessoas onde trabalham é direta, transmitindo e recebendo as expectativas dos clientes sobre os serviços públicos e mediando as demandas daqueles com as instituições governamentais. Sintetizando, estes indivíduos se apresentam como o *locus* da ação pública.

Nesse sentido, o autor (LIPSKY, 2010) ressalta o quanto importante é considerar o estudo desses agentes, visto que eles ocupam grande parte da burocracia estatal, sendo necessário um alto volume de recursos para manter estes profissionais, além de possuírem uma grande influência sobre os grupos que estão em posições desfavorecidas na sociedade.

Ao avaliar a ação destes agentes, a discricionariedade aparece como um importante elemento a ser operacionalizado, visto que esta característica molda a influência destes atores na implantação de uma política pública. Lotta (2012) aponta que a discricionariedade é compreendida como um produto da relação entre aspectos estatais relacionados às regras e instituições e fatores sociais. Estes últimos se referem aos próprios valores do indivíduo e de outros atores envolvidos. Assim, é importante observar

os padrões dessa interação para compreender os motivos pelos quais determinadas ações são realizadas.

No contexto desta pesquisa, a saber, os CAPS AD e TM, os profissionais envolvidos no processo de implementação apresentam um alto grau de discricionariedade. Estes agentes representam a conexão entre as políticas públicas ou as instituições que as coordenam, e os seus beneficiários. São capazes, a partir das suas decisões, de interferir e influenciar a vida daqueles que estão no seu campo de ação: neste caso, pessoas em sofrimento psíquico grave e/ou indivíduos que apresentam problemas relacionados à dependência química. Neste sentido, ao construir um instrumento com o objetivo de avaliar a implementação dos CAPS, é importante considerar estes atores, já que eles influenciam diretamente o processo de implementação (LIMA; SCHNEIDER, 2013).

Em um sentido similar, a participação do usuário surge, também, como um fator importante a ser considerado ao avaliar a implementação de políticas públicas no âmbito da saúde mental. Esta afirmação é corroborada por outros estudos que avaliaram os serviços de saúde mental considerando a visão destes indivíduos (LIMA; SCHNEIDER, 2013). Além disso, a participação social na construção e gestão das políticas de saúde é definida através da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Resumidamente, ante o complexo cenário característico da saúde mental, a visão de vários atores sobre a implementação dos CAPS surge como um ponto importante a ser considerado no processo de avaliação. Esta complexidade surge a partir da constituição institucional destes serviços e da relação existente entre os diversos atores presentes nestes espaços. No âmbito do SUS, os CAPS compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A concepção destes serviços surge a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, representada pela luta antimanicomial. A política nacional de saúde mental, advinda deste processo, preconiza a ruptura do modelo de internação hospitalar excludente e da objetificação dos sujeitos internados, propondo um novo olhar sobre as pessoas em sofrimento psíquico.

O CAPS, neste processo, é responsável por oferecer um espaço para o acolhimento dos indivíduos em crise psíquica e, também, dos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Assim, estes dispositivos têm um papel estratégico na organização da rede de cuidado referente às políticas de saúde mental.

Diante do exposto, ao apresentar como proposta a construção de um instrumento para averiguar a implementação, este artigo está contribuindo com a formulação de indicadores capazes de abarcar diferentes perspectivas no que tange a avaliação dos serviços de saúde mental. É importante destacar que outros instrumentos de avaliação já foram propostos considerando a temática aqui destacada, como o questionário utilizado pelo Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial, o “Avaliar CAPS”, ou o “*QualityRights*, Direito é Qualidade”, por exemplo. O primeiro, utilizado em âmbito nacional em três momentos, 2004/2005, 2006 e 2008/2009, tinha o objetivo de fornecer subsídios e induzir a produção de informações sobre a estrutura, o processo e os resultados relacionados aos CAPS, que pudessem contribuir para a construção destes serviços (BRASIL, 2011b). Já o segundo instrumento, “*QualityRights*”, foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o objetivo de avaliar os serviços de assistência social e saúde mental considerando aspectos relacionados aos direitos humanos. Este, através de uma ação articulada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD), foi traduzido para o português e disponibilizado em 2015 (BRASIL, 2015).

Apesar da importância da elaboração, divulgação e implementação destes instrumentos avaliativos na área da saúde mental, nota-se, atualmente, a descontinuidade destes e o inexistente sucesso em relação à apropriação destes instrumentos pelos gestores, profissionais e usuários dos CAPS. Tal situação é justificada por um possível distanciamento entre os formuladores destes instrumentos e os indivíduos que deveriam utilizá-lo, destacando, assim, a importância em considerar estes atores locais no processo de elaboração destas ferramentas avaliativas (ARDILA; STOLKINER, 2009; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017).

Nesse sentido, o instrumento proposto neste artigo se caracteriza por apresentar um processo de construção participativo, isto é, incluindo os atores dos CAPS na elaboração dos indicadores relacionados à ferramenta avaliativa. Esta ação visa diminuir esta distância entre estes instrumentos e os gerentes, profissionais e usuários dos CAPS, ao incluir distintos pontos de vista e aproximar o processo avaliativo dos indivíduos que trabalham ou utilizam o serviço. Características estas que consideram a complexidade inerente aos CAPS e a importância em considerar o contexto em que este está inserido

ao determinar os componentes a serem avaliados, como enfatiza Onocko-Campos e Furtado (2006).

Por último, destaca-se a dificuldade apresentada por estudos anteriores em quantificar os fenômenos subjetivos existentes ao avaliar um serviço de saúde mental (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015; LIMA; SCHNEIDER, 2013). Nesse sentido, este trabalho tem o intuito de suprir, também, esta lacuna ao propor a construção de um instrumento que considere a complexidade do objeto de pesquisa aqui avaliado.

### **Metodologia**

O presente trabalho caracteriza-se por integrar o método qualitativo e quantitativo de investigação para construir um instrumento capaz de avaliar o processo de implementação dos CAPS AD e TM do Distrito Federal (DF). Para tanto, considerando o modelo híbrido nesta elaboração, algumas variáveis foram ponderadas (HILL; HUPE, 2014):

- a. A própria política, a partir das diretrizes, normas e leis que estruturam a sua implementação, isto é, os objetivos desta, público-alvo e os recursos disponíveis;
- b. Como se apresenta o aparato organizacional-administrativo, ou seja, a estrutura interna da instituição implementadora e os recursos humanos disponíveis e;
- c. Por fim, como o ambiente afeta a implementação, isto é, aspectos políticos e socioeconômicos e grupos de interesse, sendo considerados fatores relacionados à influência e opinião dos usuários no processo de implementação desta política.

A construção deste instrumento ocorreu a partir da análise de oito CAPS do DF, abrangendo mais de 50% da rede de saúde mental da capital, sendo cinco do tipo AD e três centros voltados para o transtorno mental. Para tanto, apoiando-se nas variáveis supracitadas, realizou-se, primeiramente, um mapeamento das leis e diretrizes que orientam a implementação dos CAPS no âmbito da RAPS, a partir das cartilhas oficiais e de decretos nacionais e locais: a saber, a cartilha “Direito à Saúde Mental” (BRASIL, 2004b); a publicação do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004a); o manual sobre a estrutura física dos CAPS (BRASIL, 2013); a Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro

de 2002, Art. 4º (BRASIL, 2002); a Seção II da Constituição Federal que aborda a esfera da saúde no Brasil (BRASIL, 1988); a Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 1º, Art. 2º, Art. 4º, Art. 12, parágrafo §1º e §2º, e Art. 198 (BRASIL, 2011a); e, por último, a Portaria no 1.077, de 24 de agosto de 1999, Art. 1º (BRASIL, 1999). Esta análise foi importante para a elaboração do questionário semi-estruturado, uma das etapas para a construção do instrumento avaliativo, como será explicitado, visto que os aspectos mais importantes destacados pelas leis foram incorporados naquele.

Em um segundo momento, com o intuito de apreender o aparato organizacional-administrativo, assim como o ambiente onde a política relacionada ao CAPS ocorre, foi observado o fluxo de demanda existente nesses dispositivos, a partir de um estudo exploratório, através da análise documental dos prontuários. Desta forma, foi possível averiguar características relacionadas aos indivíduos que haviam sido acolhidos pelo serviço e tiveram o prontuário iniciado em 2013, e que no primeiro semestre de 2014 eram considerados inativos pelo CAPS, ou seja, não estavam frequentando o serviço (este recorte foi estabelecido de acordo com a disponibilidade dos dados destes serviços).

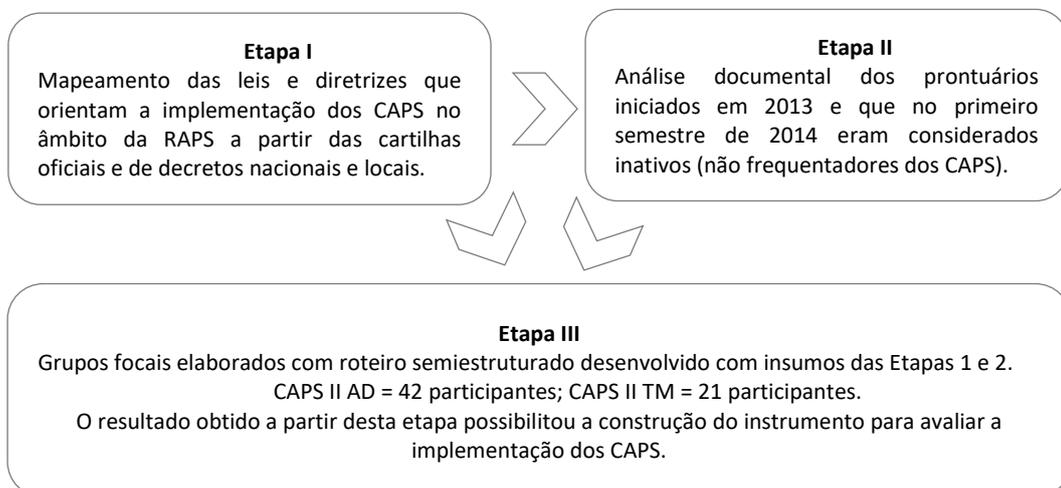
Optou-se pelos prontuários de indivíduos que não frequentavam mais o serviço, por entender que estes seriam os casos onde seria possível observar as maiores dificuldades e, também, as qualidades do dispositivo, visto que o indivíduo pode abandonar o tratamento por dois grandes motivos: tratamento ineficiente (aliado ou não a outras questões pessoais que o fez abandonar) e a alta. Foram observados nestes documentos os indicadores relacionados ao sexo, ano de nascimento, encaminhamentos realizados para o dispositivo, atendimento multidisciplinar e a informação contida na última anotação presente no prontuário.

Posteriormente, foram realizados dois grupos focais. Dentre os oito CAPS descritos anteriormente, foram escolhidos dois CAPS com particularidades distintas, isto é, um voltado para o cuidado do indivíduo com transtorno mental e o outro para a atenção a questões relacionadas ao álcool e outras drogas. O critério para selecionar esses centros considerou dois aspectos: disponibilidade do serviço para realizar esta atividade e o número de usuários interessados em participar da atividade, isto é, sendo preferível o serviço com o maior número de participantes.

Assim, foram realizados dois grupos focais que tiveram como orientação um roteiro semiestruturado de perguntas elaborado a partir dos pontos mais importantes apontados pelas diretrizes que regulam estes serviços e, também, pelas principais demandas observadas nos prontuários. Essa etapa contou com 42 participantes no CAPS II AD e 21 participantes no CAPS II TM. O objetivo desta etapa foi levantar os elementos centrais presentes nas percepções dos usuários relacionados à equipe profissional do CAPS, à participação social, à rede de saúde mental, à localização do CAPS, à articulação intersetorial do CAPS, ao acesso aos medicamentos, ao horário de funcionamento, às atividades terapêuticas disponíveis no serviço, ao acolhimento, à busca ativa e demais demandas que possivelmente pudessem surgir.

Em suma, a partir destas três etapas, este trabalho englobou as perspectivas *top-down* e *bottom-up* sobre o processo de execução da política pública relacionada aos CAPS. A Figura 1 a seguir procura sintetizar essas etapas que serviram de alicerce para a construção do instrumento.

Figura 1 – Etapas desenvolvidas para a construção do instrumento



Fonte: Os autores (2018).

Resumindo, realizou-se o estudo sobre o marco legal que define as diretrizes de funcionamento desses serviços, visando averiguar os objetivos desta política, o público-alvo e os recursos disponíveis. Depois, foi realizada a análise dos prontuários, com o intuito de observar os fatores institucionais e organizacionais. Por fim, foram conduzidos os dois grupos focais com o objetivo de observar a visão dos usuários do serviço, isto é, observar a influência

do ambiente na implementação dos CAPS. Sendo este último resultado o insumo para a posterior construção do instrumento.

Ao final do último estudo, o material foi organizado por categorias que possibilitassem uma compreensão frutífera dos conjuntos de informações, visando à elaboração do instrumento. Nesse sentido, o conteúdo foi analisado a partir de fichamentos que permitiram o levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes. Os termos-chave que ao final englobavam todo o conteúdo analisado, serviram de indicadores para a posterior construção do instrumento. No total foram construídos três instrumentos que juntos avaliariam a efetividade do processo de implementação dos CAPS.

De forma mais clara, a partir dos termos-chave foram construídas 68 frases afirmativas que compuseram três instrumentos com o objetivo de avaliar o grau de satisfação e o grau de importância. Especificamente, um dos instrumentos elaborados apresenta 32 frases, caracterizado por avaliar o grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço; o segundo, com 22 sentenças, avalia o grau de satisfação dos profissionais; e o último, com 13 sentenças, válido apenas para os profissionais, avalia o grau de importância dado às questões apontadas como importantes por meio dos estudos realizados nessa pesquisa. Estes instrumentos possuem uma escala de concordância variando de zero a cinco, onde zero significa “discordo completamente” e cinco, “concordo completamente”. Além disso, havia a opção de marcar “não se aplica” (NA), quando o indivíduo julgasse necessário.

Por último, pontua-se que a pesquisa apresenta resultados envolvendo seres humanos, nesse sentido, é importante afirmar que foram cumpridos, integralmente, os princípios éticos e as legislações específicas. Especificadamente, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF, CAAE 21123413.5.0000.5553, e pela instituição vinculada, CAAE 21123413.5.3001.0023.

## **Resultados**

### **Seção 1 – Mapeamento das leis e diretrizes**

Para realizar o mapeamento das leis e diretrizes que orientam a implementação dos CAPS, foram utilizadas as seguintes referências: a cartilha “Direito à Saúde Mental” (BRASIL, 2004b); a publicação do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004a); o manual sobre a estrutura física dos CAPS (BRASIL, 2013); a Portaria no 336/GM, de 19 de

fevereiro de 2002, Art. 4º (BRASIL, 2002); a Seção II da Constituição Federal que aborda a esfera da saúde no Brasil (BRASIL, 1988); a Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 1º, Art. 2º, Art. 4º, Art. 12, parágrafo §1º e §2º, e Art. 198 (BRASIL, 2011a); e, por último, a Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, Art. 1º (BRASIL, 1999). A seguir foram elencados os principais pontos destacados nestes documentos sobre a implementação dos CAPS.

- Informações sobre o CAPS para a população;
- a equipe profissional do CAPS;
- participação social na construção do CAPS;
- a rede de saúde mental;
- localização do CAPS;
- articulação intersetorial do CAPS;
- acesso aos medicamentos;
- horário de funcionamento;
- atividades terapêuticas disponíveis no serviço;

Os pontos destacados acima apresentam os principais temas abordados nas leis e documentos que regulamentam a implementação dos CAPS no Brasil. De forma específica, abordando cada item supracitado, a disponibilização de informações sobre o CAPS para a população é ressaltada na cartilha “Direito à Saúde Mental” (BRASIL, 2004b). Nesta, é destacado o dever dos municípios em disponibilizar informações sobre a existência, a localização e o funcionamento de serviços de saúde mental através dos seus canais de informação.

A publicação do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004a) aponta para a importância da equipe profissional na implementação destes serviços. Especificamente, ressalta a obrigatoriedade da existência de uma equipe multidisciplinar, visando garantir um atendimento que abarque a complexidade da situação em que o indivíduo se insere. Além disso, a Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, Art. 4º (BRASIL, 2002), ao definir as características sobre as modalidades de CAPS, ressalta os recursos humanos necessários para cada tipo de CAPS, isto é, a equipe técnica mínima para o serviço funcionar.

De acordo com o manual sobre a estrutura física dos CAPS (BRASIL, 2013), ao ressaltar a importância de considerar a localização destes serviços ao documento ser construído, o mesmo destaca um componente importante para a sua implementação: a participação social. Um dos pilares para construir o Sistema Único de Saúde (SUS) é a participação social. Aquele manual aponta a importância em fortalecer o protagonismo dos usuários e familiares no processo de implementação dos CAPS. Devendo ocorrer atividades que fomentem a participação daqueles nos processos de gestão dos serviços e da rede. Além disso, de acordo com a Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 198 (BRASIL, 2011a), para que ocorra a implementação efetiva dos CAPS, estes serviços devem atuar de forma territorial e comunitária, estimulando a participação e o controle social dos usuários e de seus familiares.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 1º (BRASIL, 2011a), institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. A finalidade desta é reforçar a implementação dos CAPS, e da rede como um todo, a partir da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental disponíveis no sistema de saúde. Além disso, o Art. 2º e o Art. 4º desta mesma Portaria apontam as seguintes diretrizes para o funcionamento da RAPS: o desenvolvimento de atividades no território que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia, ao exercício da cidadania e a execução de ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

A partir do manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), ao abordar características importantes acerca da territorialidade dos CAPS, é reforçada a importância da articulação intersetorial para a implementação efetiva dos CAPS. Definindo estas ações como estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social e direitos humanos, assim como com os recursos comunitários presentes no território.

As diretrizes relacionadas ao acesso aos medicamentos são abordadas na Portaria no 1.077, de 24 de agosto de 1999, Art. 1º (BRASIL, 1999). Detalhadamente, esta aponta para a execução do programa bem como a aquisição de medicamentos essenciais para a área de saúde mental, financiado pelos gestores federais e estaduais do SUS, sendo a

transferência de recursos entre as entidades federativas condicionada à contrapartida dos estados e do Distrito Federal.

O tema relacionado ao horário de funcionamentos dos CAPS é destacado pela Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, Art. 4º (BRASIL, 2002). Esta define os horários de funcionamento para cada modalidade de CAPS.

Por último, as atividades terapêuticas disponíveis no CAPS. Como preconizado pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 4º e Art. 12, parágrafo §1º e §2º (BRASIL, 2011a), estes serviços devem promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio de atividades que incentivem e propiciem o acesso ao trabalho, renda, moradia e o bem-estar biopsicossocial.

Em suma, apoiando-se nas análises dos principais documentos e leis que abordam a implementação dos CAPS, estes pontos foram destacados como sendo essenciais para que o serviço fosse implementado com sucesso.

## Seção 2 – Análise documental

Foram analisados 2.069 prontuários em oito CAPS do DF, sendo 1.639 pertencentes aos CAPS-AD e 430 aos CAPS TM. A Tabela 1 a seguir apresenta o número de prontuários analisados por CAPS no Distrito Federal. Os CAPS foram distinguidos por números, ao invés do nome do local, para preservar a sua identidade.

Tabela 1 – Número de prontuários analisados em cada CAPS

CAPS	Quantidade de Prontuários analisados	Porcentagem (%)
CAPS III AD 1	674	32,6
CAPS III AD 2	592	28,6
CAPS II AD 1	129	2,5
CAPS II AD 2	52	3,5
CAPS II AD 3	192	9,3
CAPS II TM 1	73	6,2
CAPS II TM 2	215	10,4
CAPS II TM 3	142	6,9

Fonte: Os autores (2018).

Dentre os indivíduos relacionados aos prontuários analisados, 73,3% eram homens e 26,7% mulheres. Dessas pessoas, 25% foram encaminhadas da rede para o CAPS e 68%

foram por conta própria. Esta rede era composta pelo CRAS, CREAS, outros CAPS, postos de saúde, hospitais e Consultório de Rua. Além disso, 99,6% dos indivíduos foram acolhidos por uma equipe multidisciplinar quando entraram no CAPS pela primeira vez.

Nos prontuários analisados, a última anotação realizada pelos profissionais demonstrou que apenas 0,4% receberam alta do serviço; 12,6% deixaram de frequentar o serviço, pois este não era útil; 37,1% dos casos o CAPS chegou a fazer busca ativa, contudo, sem sucesso; e 29,8% dos usuários deixaram de ir às atividades e nada foi realizado pelo serviço. Por último, observou-se que a média de idade dos CAPS AD foi de 36 anos (DP = 10,5) e dos CAPS TM, de 40 anos (DP = 13,2).

### Seção 3 – Grupos focais e categorização

A partir dos resultados dos dois estudos relatados anteriormente foi construído um questionário semiestruturado com questões observadas nos prontuários e destacadas nas leis. Este foi aplicado em dois grupos focais. A partir dessa atividade, obteve-se os principais temas levantados pelos usuários sobre a implementação dos CAPS, estes foram apresentados em quatro grupos para facilitar a exposição.

- **Tema 1:** a melhora da estrutura física do CAPS e da sua divulgação; o espaço para esporte e refeição; a territorialidade e; a localização da farmácia popular;
- **Tema 2:** a falta de comunicação entre os funcionários, usuários e a família; a participação social e; a demanda por uma integração social dos usuários do serviço a partir do trabalho e geração de renda;
- **Tema 3:** a eficácia da equipe multidisciplinar; o acolhimento; o direito à moradia e; o estigma e o preconceito;
- **Tema 4:** a inexistência de atividades com um viés econômico; informação insuficiente sobre os benefícios dos usuários; cursos de capacitação e diversificação das atividades e; a importância em realizar atividades externas ao CAPS.

O tema número 1 ressaltou os principais assuntos destacados pelos usuários dos CAPS referentes à estrutura física e a divulgação do serviço. Neste sentido, foram questionados pelos usuários os seguintes aspectos: o espaço físico destinado as atividades neste serviço; a existência de ambientes destinados à refeição e a prática de esportes; a divulgação do serviço para o público; a sua característica territorial, referente

a sua conexão com a comunidade onde o serviço está inserido; e a localização da farmácia popular que oferece suporte ao CAPS.

Já o tema referenciado com o número 2 expôs temas abordados pelos usuários dos serviços relacionados à participação social e às informações relacionadas ao tratamento. Estes foram: a necessidade de incentivar tanto o usuário quanto a família na construção do CAPS; a falta de uma comunicação efetiva entre usuário, profissional e família sobre o tratamento; e a reinserção, na sociedade, dos indivíduos que frequentam este serviço através de atividades que propiciam a geração de renda.

O tema destacado com o número 3 abordou temas relacionados à equipe multidisciplinar, à busca ativa e às questões referentes ao estigma e ao preconceito. Em específico, foi questionada pelos usuários a eficácia da equipe multidisciplinar, especialmente em relação ao acolhimento no momento em que o indivíduo deixa de frequentar o serviço ou tem dificuldade para chegar neste local; as questões referentes ao direito à moradia, visto que muitos indivíduos enfrentam dificuldades relacionadas a esta questão; e as situações onde os direitos individuais dos usuários que frequentam o CAPS são violados por sofrerem preconceito por conta da sua situação.

Por último, o tema 4, onde foram abordadas questões relacionadas às atividades dos CAPS e à articulação destes serviços com outros dispositivos da rede, em detalhes: a inexistência ou escassez de atividades com um viés econômico ou que aborem os direitos destes indivíduos; a possibilidade de diversificar as atividades propostas pelo serviço, especialmente atividades que permitam a capacitação profissional dos indivíduos; e a escassez de atividades externas aos CAPS, isto é, de ações que articulem outros pontos da rede pública.

Em suma, a partir desta categorização, obteve-se nove termos-chave que serviram de alicerce para a construção dos instrumentos de avaliação da efetividade do processo de implementação dos CAPS. De forma destacada, estes foram:

- Estrutura física dos CAPS;
- informações a respeito do CAPS;
- participação social na construção do CAPS;
- informações sobre o tratamento;
- atendimento multidisciplinar;

- busca ativa;
- estigma e preconceito;
- atividades realizadas no CAPS;
- articulação do CAPS com outros dispositivos da rede.

Assim, apoiando-se nestas categorias, foram elaborados os itens dos instrumentos de avaliação da efetividade da implementação dos CAPS. O primeiro deles mensura o grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço; o segundo instrumento mede o grau de satisfação dos profissionais; e o último avalia o grau de importância que os profissionais desses centros atribuem às questões que dizem respeito à implementação do CAPS.

#### Seção 4 – Instrumentos

Na Tabela 2 é possível observar a média atribuída aos itens avaliados pelos instrumentos derivados dos grupos focais. Também são expostos o desvio padrão e o número de pessoas que responderam cada item do questionário.

Tabela 2 – Instrumento que avalia o grau de satisfação dos usuários referente à efetividade do processo de implementação dos CAPS (N = 43)

<b>Itens que compuseram o instrumento dos usuários (Com relação ao CAPS que frequento, estou satisfeito com...)</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Estrutura Física</b>			
...o espaço oferecido para a realização das atividades que eu participo.	42	3,6	1,4
...a estrutura básica disponibilizada (recepção, banheiro, sala, cozinha e lixo) para a realização das atividades que eu participo.	39	3,6	1,3
...os espaços onde realizo as atividades individuais (descanso, leitura).	37	3,2	1,7
...as refeições oferecidas.	34	4,0	1,2
...o espaço onde são realizadas as atividades coletivas.	37	3,5	1,4
...o espaço para guardar meus materiais quando necessário.	29	2,8	1,6
...o espaço reservado para a área de serviço.	32	3,4	1,6
<b>Atendimento Multidisciplinar</b>			
...o atendimento realizado pelos profissionais.	40	4,6	0,7
...a quantidade de profissionais para prestar os atendimentos.	38	3,7	1,3
...o atendimento das diferentes áreas de atuação dos profissionais (psiquiatra, psicólogo etc.)	42	4,0	1,3
<b>Atividades Realizadas no CAPS</b>			
...as atividades que eu realizo.	38	3,9	1,0
...a capacitação profissional que as atividades realizadas me oferecem.	33	3,5	1,3
...o apoio do serviço para a minha inserção no mercado de trabalho.	35	3,2	1,5
...as atividades promovidas para garantir a autonomia e a liberdade das pessoas na sociedade.	37	3,5	1,4

Continua

Itens que compuseram o instrumento dos usuários (Com relação ao CAPS que frequento, estou satisfeito com...)	Conclusão		
	N	Média	DP
<b>Articulação Intersectorial</b>			
...o esclarecimento do CAPS sobre os meus direitos.	38	3,6	1,5
...a divulgação sobre outros serviços da rede de saúde.	36	3,2	1,5
...o esclarecimento sobre outros serviços vinculados ao CAPS.	38	3,3	1,4
<b>Busca Ativa</b>			
...a atenção dos profissionais quando eu me ausento das atividades.	37	3,8	1,4
...a atenção prestada pelos profissionais em relação à minha situação.	39	4,4	0,7
...o estímulo dos profissionais para eu continuar com o meu tratamento.	41	4,4	0,8
<b>Informações sobre o CAPS</b>			
...as informações disponibilizadas sobre o serviço.	38	3,7	1,1
... a localização do CAPS.	37	3,6	1,6
<b>Participação Social</b>			
...as oportunidades para contribuir com a melhora do serviço.	35	3,5	1,4
...a minha participação na elaboração do plano terapêutico.	35	3,7	1,4
...a importância dada para a minha opinião.	34	3,7	1,5
...o espaço oferecido para expor a minha opinião.	36	3,7	1,4
<b>Estigma e Preconceito</b>			
...as atividades promovidas para trazer igualdade entre as pessoas.	37	4,0	1,3
...as atividades promovidas para combater o preconceito em relação aos usuários do serviço.	37	4,0	1,2
...as informações a respeito do problema que me trouxe ao CAPS.	39	4,1	1,2
<b>Informações sobre o Tratamento</b>			
... as informações disponibilizadas sobre o meu tratamento.	40	4,1	1,1
...o esclarecimento do CAPS sobre o problema que me fez buscar o serviço.	40	4,2	1,2
...o esclarecimento das minhas dúvidas sobre o meu tratamento.	39	4,0	1,3

Fonte: Os autores (2018).

Observa-se na Tabela 2 que, de uma forma geral, as médias dos componentes dos indicadores do instrumento oscilaram entre 3 e 4. A exceção foi o item referente ao “espaço para guardar meus materiais quando necessário”, cujo valor médio foi de 2,8. Apesar do resultado, em um primeiro momento, indicar um bom nível de satisfação, percebeu-se uma discordância entre o diálogo estabelecido entre o pesquisador e o usuário e a marcação da opinião deste último no questionário. O usuário frequentemente relatava, verbalmente, de forma negativa, certos aspectos que observava no CAPS. Mas, ao responder o questionário, marcava um valor positivo na escala. Este fenômeno é apontado como um fator comum em pesquisas realizadas com usuários de centros de saúde, como coloca Silva (2014).

Diante disso, julgou-se necessário observar com cautela as médias supracitadas. Assim, ressalta-se que a estrutura física, o atendimento multidisciplinar, as atividades realizadas no CAPS, a articulação deste serviço com a rede, a busca ativa, as informações sobre o CAPS, a participação social, o estigma e o preconceito e as informações sobre o tratamento, surgem

como elementos em que o indivíduo pode estar demonstrando certo receio em avaliar negativamente.

A Tabela 3 refere-se à aplicação do instrumento que averigua a satisfação dos profissionais em relação à efetividade do processo de implementação dos CAPS.

Tabela 3 – Instrumento que avalia o grau de satisfação dos profissionais referente à efetividade do processo de implementação dos CAPS (N = 18)

<b>Itens que compuseram o instrumento dos profissionais (Com relação ao CAPS que trabalho, estou satisfeito com...)</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Estrutura Física</b>			
...o espaço para realizar o acolhimento das pessoas.	16	1,8	2,2
...a estrutura básica disponibilizada (recepção, banheiro, sala, cozinha e lixo) para a realização das atividades.	18	1,3	1,9
...o espaço para a aplicação e armazenamento de medicações.	18	1,2	1,7
...o espaço destinado para a realização de reuniões.	18	1,5	1,7
...o espaço para armazenamento de materiais necessários.	18	1,5	1,5
...o espaço para o armazenamento dos prontuários.	17	1,5	1,2
...o espaço oferecido para situações de emergência (espaço para a entrada e saída de ambulância etc.).	17	1,1	1,9
...o espaço onde são realizadas as atividades coletivas.	18	1,5	1,7
...os espaços para os atendimentos individuais.	18	1,7	1,9
<b>Atendimento Multidisciplinar</b>			
...a quantidade de profissionais para prestar os atendimentos.	18	1,5	1,0
...a multidisciplinariedade da equipe para a realização dos atendimentos.	17	2,7	1,5
...o respeito ao conhecimento de cada profissional.	18	3,7	0,9
...o relacionamento entre os profissionais do serviço.	18	3,6	0,8
<b>Atividades Realizadas no CAPS</b>			
...o apoio do serviço para a qualificação profissional do usuário.	17	2,7	1,6
...a eficiência do serviço na inserção do usuário no mercado de trabalho.	18	1,6	1,3
...as atividades promovidas para garantir a autonomia e a liberdade das pessoas na sociedade.	18	2,5	1,0
<b>Articulação Intersetorial</b>			
...a divulgação sobre outros serviços da rede de saúde.	18	2,5	1,2
...a articulação com outros pontos de atenção da rede pública.	18	2,2	1,2
...o esclarecimento sobre outros serviços vinculados ao CAPS.	18	2,7	1,3
...o esclarecimento do CAPS sobre os direitos dos usuários.	18	3,1	1,5
<b>Informações sobre o CAPS</b>			
...as informações disponibilizadas sobre o serviço.	18	3,1	1,2
...a localização do CAPS.	18	2,0	1,9

Fonte: Os autores (2018).

Este instrumento foi aplicado em 18 profissionais da rede de saúde mental do DF. Na Tabela 3 acima, é possível observar que o número de indivíduos que responderam cada item foi, de forma geral, 100%. Nota-se que os componentes dos cinco indicadores avaliados apresentaram valores médios baixos, ou seja, certa insatisfação dos profissionais em relação aos CAPS: estrutura física, atendimento multidisciplinar,

atividades realizadas, articulação intersetorial e informações sobre os CAPS. Ao observar na Tabela 3 os itens que compõem cada indicador, o valor médio mais baixo se refere ao “espaço oferecido para situações de emergência”, e o mais alto, indicando uma maior satisfação entre os profissionais, refere-se ao “respeito em relação ao conhecimento de cada profissional”.

É importante pontuar que a Tabela 3 não expõe todos os indicadores estabelecidos neste trabalho. Isto ocorreu, pois, julgou-se obter um instrumento mais consistente ao elaborar os itens relacionados à busca ativa, à participação social, ao estigma e preconceito e às informações sobre o tratamento, averiguando o grau de importância dado pelos profissionais. Dessa forma, foram elaborados dois instrumentos para os profissionais que juntos abarcam todos os indicadores propostos aqui.

Tabela 4 – Instrumento que avalia o grau de importância que os profissionais dão a elementos relacionados à efetividade do processo de implementação dos CAPS (N = 18)

<b>Itens que compuseram o instrumento dos profissionais (Com relação aos serviços que realizo no CAPS, considero importante...)</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Busca Ativa</b>			
...realizar a busca ativa dos usuários.	17	3,2	2,0
...o procedimento da busca ativa para a integração do profissional no contexto em que atua.	16	3,0	1,7
...a busca ativa para discutir a eficácia dos planos terapêuticos singulares.	16	3,6	1,4
...a busca ativa para entender a não adesão do indivíduo ao serviço.	17	3,4	1,8
<b>Participação Social</b>			
...a participação do usuário para contribuir com a melhora do serviço.	17	3,0	1,8
...a participação do usuário na elaboração do plano terapêutico.	16	3,6	1,4
...a opinião do usuário.	17	4,1	0,8
...o envolvimento dos familiares em relação ao serviço.	18	3,7	1,4
<b>Estigma e Preconceito</b>			
...realizar atividades que promovam a igualdade entre as pessoas.	18	3,9	1,2
...promover atividades que visam combater o preconceito em relação aos usuários do serviço.	18	3,9	1,1
<b>Informações sobre o Tratamento</b>			
...disponibilizar informações sobre o tratamento dos usuários.	18	4,3	0,7
...esclarecer as dúvidas sobre o tratamento dos usuários.	18	4,2	0,7
...esclarecer ao usuário o direito do livre acesso a todas as informações a seu respeito.	18	4,2	0,9

Fonte: Os autores (2018).

A Tabela 4 demonstra o grau de importância dado pelos profissionais à busca ativa, à participação social, ao estigma e o preconceito e às informações sobre o tratamento.

Como no instrumento anterior, o percentual de respostas para cada item foi, de uma forma geral, praticamente 100%. Além disso, observa-se um valor médio elevado em todos os componentes dos indicadores avaliados pelo instrumento. Dessa forma, é possível concluir que os profissionais consideram os fatores abordados pelos indicadores importantes para a efetividade do processo de realização dos CAPS.

Por último, após expor os resultados sobre a aplicação dos instrumentos dos usuários e profissionais, foi calculado o Alfa de Cronbach de cada indicador. Este indicador psicométrico tem como objetivo avaliar a confiabilidade dos instrumentos aqui utilizados, isto é, aferir a consistência interna dos questionários aplicados com o intuito de observar o grau de precisão das medidas de satisfação e importância. Quanto mais próximo de 1 (um) for o resultado do Alfa, menos “variância erro” o instrumento capta, ou seja, mais preciso o instrumento se apresenta para captar o fenômeno.

Tabela 5 – Alfa de Cronbach dos instrumentos dos usuários e profissionais

<b>Instrumento</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Instrumento de satisfação dos usuários</b>	Estrutura Física	0,92
	Atendimento Multidisciplinar	0,64
	Atividades Realizadas no CAPS	0,75
	Articulação Intersetorial	0,80
	Busca Ativa	0,58
	Informações sobre o CAPS	0,57
	Participação Social	0,87
	Estigma e Preconceito	0,90
<b>Instrumento de satisfação dos profissionais</b>	Informações sobre o Tratamento	0,82
	Estrutura Física	0,95
	Atendimento Multidisciplinar	0,71
	Atividades Realizadas no CAPS	0,43
	Articulação Intersetorial	0,93
<b>Instrumento de importância dos profissionais</b>	Informações sobre o CAPS	0,50
	Busca Ativa	0,88
	Participação Social	0,80
	Estigma e Preconceito	0,95
	Informações sobre o Tratamento	0,87

Fonte: Os autores (2018).

A partir da Tabela 5 é possível notar que a maioria das dimensões do instrumento dos usuários indicaram um Alfa de Cronbach bem próximo de 1, indicando que o instrumento apresentou precisão em relação ao que se pretendia avaliar. As exceções foram dos

indicadores relacionados ao atendimento multidisciplinar ( $\alpha = 0,64$ ), à busca ativa ( $\alpha = 0,58$ ) e às informações sobre o CAPS ( $\alpha = 0,57$ ). Nessas dimensões, os Alfas são considerados medianos e os resultados produzidos a partir delas devem ser considerados com parcimônia.

A partir dos resultados, na Tabela 5, sobre a consistência interna dos dois instrumentos dos profissionais, é possível concluir que apenas as dimensões relacionadas às atividades realizadas no CAPS ( $\alpha = 0,43$ ) e às informações sobre o CAPS ( $\alpha = 0,50$ ) apresentaram um nível mediano de confiabilidade. Dessa forma, assim como no instrumento dos usuários, as dimensões apresentaram um Alfa mediano, indicando parcimônia na sua utilização. Já as demais dimensões, apresentaram bons indicadores de confiabilidade ao avaliar as características que se propunham captar.

Em suma, considerando os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos e dos Alfas de Cronbach, observa-se que os indicadores elaborados foram úteis para avaliar a efetividade do processo de implementação dos CAPS.

## Discussão

O fio condutor que norteou a presente pesquisa, diante do complexo cenário característico da saúde mental, foi a importância em considerar em uma avaliação a visão de vários atores sobre o processo de implementação de uma política pública. Incitado por este fator, o procedimento para construir os instrumentos para avaliar o processo de implementação dos CAPS se apoiou em uma visão *top-down*, ao considerar as leis e diretrizes que definem e regulamentam estes serviços, e em uma visão *bottom-up*, ao considerar o ponto de vista dos profissionais e dos usuários. De forma resumida, todos os fatores relacionados a estas perspectivas foram ponderados ao elaborar os instrumentos de avaliação. A intenção ao adotar esta estratégia foi abarcar as diferentes perspectivas no que tange a avaliação da implementação dos serviços de saúde mental.

De forma complementar, esta característica supracitada pode ser observada, também, na proposição dos instrumentos. Isto é, foram elaboradas escalas distintas para averiguar a percepção dos usuários e profissionais, visto que ambos os atores são importantes no processo de execução da política pública relacionada aos CAPS. Especificamente, é reconhecido que o processo de implementação é influenciado não apenas por aqueles que executam as ações, mas, também, por aqueles que são afetados

pela implementação da política, sendo importante observar os papéis ocupados pelos indivíduos que são beneficiados por esta (HILL; HUPE, 2014).

Além disso, do ponto de vista dos profissionais, buscou-se considerar a discricionariedade, visto que uma política pública é criada a partir de um contexto institucional e na relação com os usuários do serviço. Assim, não existem profissionais que atuem de forma impessoal, conforme estabelece o modelo Weberiano. Mas sim, profissionais que executam, cada um, a sua personalidade, e, em certas condições e limites, são demandados a assumirem um papel impessoal ou observar de forma padronizada uma situação. Nesse sentido, a relação destes indivíduos com a instituição é ambivalente, sendo caracterizada por uma ligação social e coercitiva. Dentro de determinados parâmetros, estes constroem arranjos com o objetivo não de implementar as regras somente, mas aplicar estas últimas a partir dos seus “interesses”. Estes “interesses” não são entendidos como desejos pessoais, mas preferências de ação de acordo com a situação enfrentada e condições disponibilizadas (HILL; HUPE, 2014).

Em suma, conforme Hill e Hupe (2014), apesar de ser importante observar se a política atingiu ou não o seu objetivo através da comparação do que é executado com o que foi definido em sua lei e diretrizes (perspectiva *top-down*), deve-se considerar a variável relacionada ao comportamento e desempenho do implementador para explicar a variação dos objetivos alcançados, isto é, sua discricionariedade. Indo, desta forma, no sentido oposto do modelo Weberiano (HILL; HUPE, 2014), onde não há espaço para a discricionariedade dos profissionais, existindo uma dicotomia entre os políticos e estes indivíduos, assim como uma relação hierárquica entre eles. Ou seja, o primeiro define as regras e formas que ocorrerão as ações do segundo (modelo *top-down*). Os instrumentos aqui construídos deram ênfase para a complexa relação entre os aspectos políticos e técnicos. Nesse sentido, mais do que administrar, os profissionais participam, também, da tomada de decisão e formulação das políticas.

Ao analisar os resultados obtidos a partir da aplicação destes instrumentos, foi possível notar, em relação àquele que analisou a satisfação dos usuários, uma contradição entre o processo de aplicação da escala e a resposta dos usuários. Isto é, verbalmente o usuário relatou de forma negativa os aspectos arguidos no questionário, contudo, ao responder, este marcava um valor positivo. É importante, neste caso, buscar a justificativa

para a ocorrência deste fenômeno, visto que a opinião do usuário se apresenta como um fator importante ao analisar a efetividade dos CAPS. Portanto, ao aplicar o instrumento, era ensejada a captação da real percepção desses indivíduos.

Este acontecimento, comumente presente em estudos que abordam usuários de serviços de saúde (SILVA, 2014), está conectado com o que Bourdieu (2007) denomina “imposição problemática”. Especificamente, em pesquisas que envolvem a opinião do entrevistado/arguido, as perguntas são interpretadas em função de fatores que estão relacionados com o indivíduo interrogado: a saber, a sua história pessoal e a sua vivência social. Nesse sentido, Bourdieu (2007) afirma que não é possível em uma pesquisa a objetivação completa do que se pretende conhecer, sendo o resultado influenciado pelas estruturas nas quais se inserem a relação estabelecida no momento da aplicação do instrumento: neste caso, um pesquisador e um usuário do CAPS. Relação essa que pode representar uma hierarquia e uma mudança de comportamento por parte do respondente ao se posicionar por escrito no momento da aplicação da escala.

Além disso, é possível apontar outras duas questões que poderiam estar causando este fenômeno relacionado à aplicação do instrumento dos usuários. Ao considerar a imposição problemática de Bourdieu (2007), destaca-se a importância em certificar que as perguntas do instrumento representam questões que os usuários já se interrogaram e, também, assegurar que estas questões estão alcançando o que de fato pretendem observar. Em relação ao primeiro ponto, respectivamente, é possível notar que o processo de construção do instrumento foi estabelecido, em última instância, considerando a opinião dos usuários a partir dos grupos focais. Nesse sentido, as questões que compõem a escala foram elaboradas a partir de interrogações feitas por estes mesmos indivíduos, anulando a hipótese sobre um possível questionamento que poderia estar, previamente, ausente ao usuário do serviço. Já em relação ao segundo ponto, foram realizados os testes denominados Alfa de Cronbach para garantir a consistência interna dos instrumentos, ou seja, certificar que as perguntas estavam medindo o que de fato se esperava.

Portanto, conforme exposto nos resultados, com intuito de analisar estes coerentemente com a realidade observada, foi realizada uma reinterpretação destes dados. Estes apontaram, assim, que a estrutura física, o atendimento multidisciplinar, às atividades realizadas no CAPS, a articulação deste serviço com a rede, a busca ativa, as

informações sobre o CAPS, a participação social, o estigma e o preconceito e as informações sobre o tratamento são elementos em que o indivíduo pode estar demonstrando certo receio em avaliar negativamente.

Já os dois instrumentos referentes aos profissionais, apontaram que, do ponto de vista destes, a implementação dos CAPS, no que tange à estrutura física destes serviços, o atendimento multidisciplinar, as atividades realizadas, a articulação intersetorial e as informações sobre os CAPS, não estão adequadas. Estes indicadores contemplam fatores importantes para que o CAPS funcione adequadamente, tanto do ponto de vista das leis e diretrizes, como do ponto de vista dos usuários, como explicitado nos resultados.

A discricionariedade, ante a insatisfação dos profissionais em relação a estes fatores supracitados, é influenciada diretamente. Segundo Lotta (2012), ainda que existam regras e normas que têm como objetivo controlar o exercício dos implementadores, o esforço que as instituições agem para moldar a ação destes agentes não é definitiva, nem determinante. Ante a diversidade de contextos onde se dá o processo de implementação, uma mesma regulamentação pode ter efeitos diversos em ambientes diferentes, sendo a discricionariedade, assim, advinda de diferentes fontes. Portanto, observa-se que as instituições causam um impacto na atuação dos profissionais, contudo, é importante considerar, também, as ações, valores, referências e contextos onde estes agentes atuam, visto que estes aspectos afetam, da mesma forma, a sua tomada de decisão.

Nesse sentido, considerar a discricionariedade dos profissionais para avaliar a efetividade do processo de implementação dos CAPS surge como um fator importante, visto que diante da realidade desses serviços, as leis e diretrizes moldam apenas parte da sua atuação, tendo este indivíduo que se adaptar ante os fatores que ele julgou insatisfatório nos CAPS para que a atenção ao usuário seja a mais adequada possível. Em suma, a discricionariedade é um produto da relação entre os aspectos estatais, relacionados às regras e as instituições, e sociais, relacionados aos próprios valores do indivíduo e de outros atores envolvidos. Assim, é importante observar os padrões dessa interação para compreender o motivo pelo qual determinadas ações são realizadas (LOTTA, 2012).

Por último, ao analisar os resultados referentes ao grau de importância dado pelos profissionais aos fatores importantes para a implementação dos CAPS, foi possível notar que estes consideram importante a busca ativa, a participação social, o estigma e o

preconceito e as informações sobre o tratamento ao atuar no serviço. Este instrumento é importante, pois tem a capacidade de avaliar fatores que poderiam estar influenciando a atuação dos profissionais. Neste caso, os indicadores apontaram que estes indivíduos consideram os aspectos ressaltados pelas leis, diretrizes e pelos usuários ao realizar as suas ações nestes serviços.

Em suma, ao considerar os resultados dos três instrumentos em conjunto, é possível concluir que, apesar dos profissionais considerarem fatores importantes em sua conduta nos CAPS, o processo de execução destes serviços parece não condizer totalmente com o que está previsto legalmente e esperado pelos usuários e profissionais destes serviços. Ou seja, a implementação parece não estar sendo efetiva. Sendo importante destacar a necessidade de aplicar os instrumentos em um número maior de usuários e profissionais para generalizar de forma consistente os resultados aqui expostos. Além disso, apesar dos instrumentos terem apresentado indicadores adequados, é fundamental que eles não sejam a única fonte para captação da satisfação do usuário e profissional e nem tampouco para conclusão definitiva sobre a efetividade do sistema.

### **Considerações Finais**

A finalidade desta pesquisa foi desenvolver medidas para avaliar a efetividade do processo de realização das políticas públicas de saúde mental. Especificamente, a implantação dos CAPS AD e TM. Nesse sentido, foram elaborados três instrumentos, um para avaliar a satisfação dos usuários, outro para avaliar a satisfação dos profissionais e um para avaliar o grau de importância que estes últimos dão a determinados fatores que influenciam a implementação dos CAPS. Todas estas escalas foram construídas considerando as perspectivas *top-down* e *bottom-up*, isto é, um modelo híbrido, abarcando tanto a análise comparativa entre o plano de ação – leis, regras e normas – e o que foi implementado, como a forma que os agentes implementadores e os usuários dos serviços influenciam a execução desta política pública.

Por fim, a análise do processo de implementação dos CAPS, a partir destes três instrumentos, possibilitou utilizar indicadores que compõem um leque de perspectivas que podem contribuir para a avaliação da implementação dos CAPS no país. Essa análise considera a complexidade existente nestes serviços ao abarcar distintos olhares para construir um retrato adequado da realidade onde esta política está sendo executada.

## Referências

ARDILA, S.; STOLKINER, A. Estrategias de evaluación de programas y servicios de atención comunitária en salud mental: consideraciones metodológicas. In: I CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA, 1., 2009, Buenos Aires; JORNADAS DE INVESTIGACIÓN QUINTO ENCUENTRO DE INVESTIGADORES EN PSICOLOGÍA DEL MERCOSUR, 16., 2009, Buenos Aires. *Trabajos presentados...* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2009. p. 254-257. Disponível em: <<https://www.aacademica.org/000-020/210.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BOURDIEU, P. *A miséria do mundo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 11 jul. 2018.

BRASIL. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Cartilha: direito à saúde mental*. Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282\\_por.pdf;jsessionid=8EA55648D6F31F1ACE31C12515251961?sequence=53](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70927/9788533423282_por.pdf;jsessionid=8EA55648D6F31F1ACE31C12515251961?sequence=53)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual\\_ambientes\\_caps\\_ua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. [*Diário Oficial da União*], Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.077, de 24 de agosto de 1999. [Diário Oficial da União], Brasília, DF, 1999. Disponível em:

<[https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm\\_p\\_1077\\_99psiq-converted.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/gm_p_1077_99psiq-converted.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Diário Oficial da União], Brasília, DF, 2011a. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em:

<[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 9 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica: relatório de gestão 2007-2010*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatria.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

COSTA, P. H. A. de; COLUGNATI, F. A. B.; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

HILL, M.; HUPE, P. *Implementing public policy*. Thousand Oaks: SAGE, 2014.

HILL, M. Understanding implementation: street-level bureaucrats' resources for reform. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Oxford, v. 13, n. 3, p. 265-282, 2003.

JANNUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. *Est. Aval. Educ.*, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, 2014.

LIMA, F. C.; SCHNEIDER D. R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos, On-line, "Humanidades"*, Rio do Sul, ano 4, n. 6, p. 39-64, 2013.

LIPSKY, M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012. p. 20-49.

MOKATE, K. M. Convirtiendo el “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, ano 53, n. 1, p. 89-134, 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (CAPS) do sistema único de saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Indicadores para avaliação dos centros de atenção psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, número especial, p. 71-83, 2017.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. *Implementation*. Berkeley: University of California Press, 1973.

PÜLZL, H.; OLIVER, T. Policy implementation. In: FISCHER et al. (Org.). *Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods*. Boca Raton: CRC Press, 2006. p. 89-107.

SILVA, L. M. V. da. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

Recebido em: 09/09/2018

Aceito para publicação em: 08/07/2019

## **Mental Health Devices and Public Policies: proposal of an instrument to evaluate the implementation of the Psychosocial Care Centers**

### **Abstract**

With the objective of developing tools to evaluate the effectiveness of the process of conducting Psychosocial Care Centers (CAPS), this research was based on qualitative and quantitative research methods. In addition, the perspective related to the hybrid model of public policy analysis was considered in order to embrace the complexity inherent in the field of mental health. Initially, a mapping of the laws and guidelines that guided the implementation of CAPS was carried out. Subsequently, a documentary analysis of the medical records of these services was performed. Finally, two focus groups were conducted from the data obtained. The results of the application of the instruments developed to evaluate the Psychosocial Care Centers made it possible to produce evidence of validity as well as a general analysis of these devices. They pointed out that services are possibly not being implemented effectively. Differently from other effectiveness indicators, the proposed instruments made possible the use of indicators that compose a range of perspectives that can contribute to the evaluation of the implementation of Psychosocial Care Centers in the country.

**Keywords:** Public Policies. Health Evaluation. Mental Health Services.

## **Dispositivos de Salud Mental y Políticas Públicas: propuesta de un instrumento para evaluar la implementación de los Centros de Atención Psicosocial**

### **Resumen**

Con el objetivo de desarrollar herramientas para evaluar la efectividad del proceso de realización de Centros de Atención Psicosocial, esta investigación se basó en métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. Además, se consideró la perspectiva relacionada con el modelo híbrido de análisis de políticas públicas, para abarcar la complejidad inherente al campo de la salud mental. Primero se realizó un mapeo de las leyes y pautas

que guiaron la implementación de los Centros de Atención Psicosocial; posteriormente, se realizó un análisis documental de las historias clínicas de estos servicios; y, a partir de los datos obtenidos, se realizaron dos grupos focales. Los resultados de la aplicación de los instrumentos desarrollados para evaluar los Centros de Atención Psicosocial permitieron producir evidencias de validez, así como un análisis general de estos dispositivos. Lo cual señaló que, posiblemente, los servicios no se realizaron de forma efectiva. A diferencia de otros indicadores de efectividad, los instrumentos propuestos hicieron posible el uso de indicadores que componen una gama de perspectivas que pueden contribuir a la evaluación de la implementación de los Centros de Atención Psicosocial en el país.

**Palabras clave:** Políticas Públicas. Evaluación en Salud. Servicios de Salud Mental.