

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA

**QUALIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS EM
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO**

GOIÂNIA, 2018

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

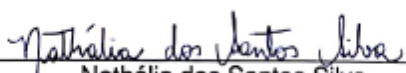
Nome completo do autor: Nathália dos Santos Silva

Título do trabalho: Qualificação dos registros de procedimentos em Centros de Atenção Psicossocial: educação permanente em saúde como estratégia de gestão

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Nathália dos Santos Silva

Ciente e de acordo:



Ana Lúcia Queiroz Bezerra

19 de março de 2018

NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA

**QUALIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS EM
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra

Co-orientadora: Prof^a Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo

Linha de pesquisa: Gestão e formação de recursos humanos para a integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem

Área temática: Gestão da qualidade em serviço de ensino de saúde e enfermagem

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

dos Santos Silva, Nathália

Qualificação dos registros de procedimentos em Centros de Atenção Psicossocial: educação permanente em saúde como estratégia de gestão [manuscrito] / Nathália dos Santos Silva. - 2018.
140 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Ana Lúcia Queiroz Bezerra; co orientadora Dra. Elizabeth Esperidião Cardozo.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Serviços Comunitários de Saúde Mental. 2. Educação Continuada. 3. Enfermagem Psiquiátrica. 4. sub-registro. 5. Sistemas de Informação em Saúde. I. Queiroz Bezerra, Ana Lúcia, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

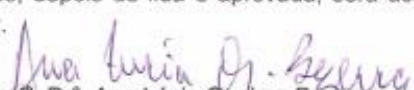
ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE NATHÁLIA DOS SANTOS SILVA – Aos vinte e cinco dias do mês de janeiro de dois mil e dezoito (25/01/2018), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra (Orientador(a)/Presidente/PPGENF-FEN/UFG), Prof^ª. Dr^ª. Roselma Lucchese (Membro Externo/UFG/Catalão), Camila Cardoso Caixeta (Membro Externo/FEN/UFG), Daniela Dallegrave (Membro Externo/FEN/UFG) e Prof. Dr. Marcelo Medeiros (Membro Interno/PPGENF-FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no miniauditório do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: **"EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL"**, de autoria de **Nathália dos Santos Silva**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1284/2014), a Tese foi:

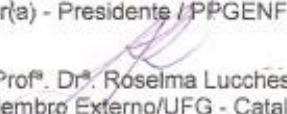
☒ **APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOUTOR EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

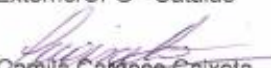
☐ **REPROVADA**, considerando _____

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese:

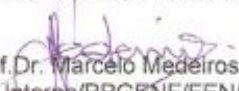
Qualificação de Registros de Procedimentos em CAPS: educação permanente em saúde como estratégia de gestão
Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Tese e, para constar, eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em três vias de igual teor.


Prof^ª. Dr^ª. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Orientador(a) - Presidente / PPGENF-FEN/UFG


Prof^ª. Dr^ª. Roselma Lucchese
Membro Externo/UFG - Catalão


Prof^ª. Dr^ª. Camila Cardoso Caixeta
Membro Externo/FEN/UFG


Prof^ª. Dr^ª. Daniela Dallegrave
Membro Externo/FEN/UFG


Prof. Dr. Marcelo Medeiros
Membro Interno/PPGENF-FEN/UFG

Ao meu amor Renato Pessoa,
ao meu pequeno Miguel Pessoa.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra pela orientação sempre tão disponível, oportuna e por fazer os direcionamentos do trabalho sempre de forma tão pragmática e, ainda, pela sua disposição para compreender a realidade da saúde mental;

À minha co-orientadora Prof^a Dr^a. Elizabeth Esperidião Cardozo pela amizade e por seguir e orientar a minha carreira na saúde mental;

Às Professoras Prof^a Dr^a. Denize Boutellet Munari e Roselma Lucchese e Camila Cardoso Caixeta pelas correções e direcionamentos necessários do trabalho, no momento da qualificação;

Ao meu amor companheiro, Renato Pessoa, pela paciência, colaboração e incentivo sempre atencioso durante toda a minha trajetória de formação. Como é bom saber que posso contar contigo para o que der e vier! Re, sem a sua parceria eu não teria chegado até aqui;

Ao meu pequeno Miguel Pessoa, que chegou na reta final do doutorado e tem me ajudado a fazer a dolorosa e desejada travessia para maternidade. Meu menino, desculpe-me desculpa a falta de inteireza e a ausência do colo quando a mamãe estava trabalhando nesta tese e, ao mesmo tempo, obrigada pela sua solidariedade nos dias mais difíceis. A mamãe te ama muito;

À minha mãe, Walnice Siqueira, meu exemplo de mulher guerreira, amável e alegre. Ela que sempre me incentivou e fez de tudo para que a gente estudasse. Mãe, penso que você nem imaginaria que iríamos escrever teses! Gratidão;

À minha amada equipe da Gerência de Saúde Mental do Estado de Goiás, por colaborar com a ideia e apoiar a realização deste trabalho, por me acolher nas indecisões ao longo do processo e por ter me oportunizado os maiores aprendizados profissionais até aqui. Com vocês, o vivenciei a potência de um trabalho em equipe e as melhores experiências profissionais na saúde mental;

Às minhas lindas e potentes amigas de trabalho e de vida, Alexandra Lenina F. M. A. Nardini e Fernanda Costa Nunes, por contribuir na coleta dos dados deste trabalho e por me provocar o estudo da Educação Permanente em Saúde;

À Nayana Camargo, aluna de iniciação científica, que me acompanhou durante o doutorado e trabalho junto a transcrição dos dados da pesquisa;

À assessora técnica da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, Cinthia Lociks de Araújo; e ao Coord. de Planejamento e Avaliação da UFG, Everton Wirbitzki da Silveira, pela colaboração fundamental no I Seminário de Monitoramento e Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás;

Aos meus colegas do RECID pelo incentivo e solicitude durante a pesquisa;

A todos os coordenadores e profissionais dos CAPS por terem nos recebido sempre de forma muito acolhedora e curiosa. Muito obrigada pela importante contribuição e disponibilidade;

À Secretaria de Estado da Saúde de Goiás pelo apoio logístico desta pesquisa;

Ao Conselho Estadual de Saúde de Goiás por disponibilizar o auditório para a realização do seminário da segunda etapa da pesquisa e por apoiar o evento;

Ao Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde de Goiás por disponibilizar material para a logística dos participantes do Seminário;

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Goiás (FAPEG), pela bolsa de pesquisa que foi muito importante para realização das disciplinas externas e coleta de dados.

*“A gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto
muito mais embaixo, bem diverso do em que
primeiro se pensou. Viver nem não é muito
perigoso?”*

João Guimarães Rosa

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	15
RESUMO.....	16
ABSTRACT.....	17
RESUMEN	18
APRESENTAÇÃO	18
1 – INTRODUÇÃO	22
2 – OBJETIVOS.....	23
3 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1 – OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	26
3.2 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTROS E USO DAS INFORMAÇÕES	35
3.3 – EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	47
4 – CAMINHO METOLÓGICO.....	55
4.1 – TIPO DE ESTUDO.....	56
4.2 – CENÁRIO DO ESTUDO	57
4.3 – SUJEITOS DO ESTUDO	57
4.4 – COLETA DE DADOS.....	57
4.5 – ANÁLISE DOS DADOS.....	63
4.6 – PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS	65
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5.1 – CATEGORIA 1 – PROCESSO DE REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS EM CAPS.....	67
5.1.1 – COMPREENSÃO SOBRE O REGISTRO DE PROCEDIMENTOS DE CAPS.....	68
5.1.2 – MANEJO DOS REGISTROS EM CAPS	71
5.1.3 – FATORES INTERVENIENTES PARA REGISTRAR OS PROCEDIMENTOS DE CAPS	75
5.1.4 – ASPECTOS FACILITADORES NOS REGISTROS DE PROCEDIMENTOS EM CAPS	80
5.2 – CATEGORIA 2 – O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR ENTRE ASPAS.....	83
5.2.1 – ATIVIDADES DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	84
5.2.2 – REFLEXO DA LÓGICA AMBULATORIAL NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	90
5.3 – CATEGORIA 3 – QUALIFICAÇÃO DO PTS POR MEIO DA COMPREENSÃO DOS REGISTROS E VICE-VERSA	96
5.3.1 – APRENDENDO SOBRE REGISTROS DE PROCEDIMENTOS DE CAPS	96
5.3.2 – O SIGNIFICADO DOS PROCEDIMENTOS E SUA INSERÇÃO NUMA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	102
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
8 – APÊNDICES	127
APÊNDICE A – Perguntas norteadoras para realização dos grupos focais.....	128
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
9 – ANEXOS	131
ANEXO 1 - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).....	132
ANEXO 2 – Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado (BPA-I)	133
ANEXO 3 – Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado (BPA-C)	134
ANEXO 4 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	135

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Representação esquemática das etapas de coleta de dados. Goiânia-GO, 2016.	59
Figura 2. Esquema da flor com pétalas contendo o nome e número de cada procedimento, tipo de instrumento de registro e descrição no verso. Goiânia-GO, 2016.	63
Figura 3. Procedimentos para análise qualitativa segundo Bardin (2010) com a utilização do software ATLAS.ti 6.2. Fonte: SILVA, 2012.....	64
Figura 4. Representação do registro de procedimentos realizados em um Projeto Terapêutico Singular, antes da discussão das possibilidades de registro. Goiás, 2016.	106
Figura 5. Representação do registro de procedimentos realizados em um Projeto Terapêutico Singular, após a discussão das possibilidades de registro. Goiás, 2016.	106
Quadro 1. Procedimentos do Sistema Único de Saúde relacionados aos indicadores de atendimentos realizados nos CAPS.	31
Quadro 2. Compreensão sobre o registro de procedimentos de CAPS. Goiás, 2016.	68
Quadro 3. Manejo dos registros em CAPS. Goiás, 2016.	72
Quadro 4. Fatores intervenientes para registrar os procedimentos de CAPS. Goiás, 2016.	75
Quadro 5. Aspectos facilitadores nos registros de procedimentos em CAPS. Goiás, 2016.	80
Quadro 6. Atividades do Projeto Terapêutico Singular. Goiás, 2016.	84

Quadro 7. Reflexo da lógica ambulatorial no Projeto Terapêutico Singular. Goiás, 2016	90
Quadro 8. Aprendendo sobre registros de procedimentos de CAPS. Goiás, 2016. ...	97
Quadro 9. O significado dos procedimentos e sua inserção numa linha de cuidado em Saúde Mental. Goiás, 2016.	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATLAS-ti – *Archivfuer Technik, Lebenswelt und Alltagssprache. Text interpretation.*

BPA-I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado

BPA-C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEN/UFG – Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás

GSM/SPAIS/SES-GO – Gerência de Saúde Mental da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

NASF – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PNIIS – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RECUID - REFLETIR PARA CUIDAR – Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental

CGMAD/DAET/MS – Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde

RES – Registros Eletrônicos em Saúde

SES-GO – Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

SIS – Sistemas de Informações em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para a promoção de reinserção social de pessoas com transtornos mentais e ou com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Assim, torna-se imprescindível que as ações nos CAPS sejam monitoradas e evidenciadas para sustentar a superioridade dessa proposta. Entretanto, isso só será possível se houver dados registrados pelos profissionais que atuam nos CAPS para possibilitar a avaliação para a gestão da qualidade dos serviços. Este estudo teve como objetivo analisar a qualidade dos registros de procedimentos utilizando a Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão do processo de trabalho dos profissionais de saúde dos CAPS. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de natureza qualitativa, realizada com 58 profissionais de sete CAPS de três municípios do Estado de Goiás. A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2016. A Educação Permanente em Saúde foi processual e ocorreu em três etapas: grupos focais, realização de Seminário e oficinas sobre procedimentos de CAPS e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com os dados obtidos por meio da reflexão dos sujeitos foi realizada a análise temática de conteúdo. As categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo foram: Processo de registro dos procedimentos de CAPS, o Projeto Terapêutico Singular entre aspas e Qualificação do PTS por meio do entendimento dos registros e vice-versa. Os resultados evidenciaram que os profissionais desconheciam os instrumentos de registros de procedimentos de CAPS, o significado dos nomes dos procedimentos, o manejo e finalidades dos registros e a importância dos dados como condutor de informações para gestão do trabalho e serviço. Foram evidenciadas duas situações sobre a qualidade dos registros que os dados estavam subnotificados ou refletiam a inexistência de ações psicossociais. Foi percebida a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais com foco no manejo dos registros e por meio da sistematização de PTS. A estratégia de Educação Permanente em Saúde ampliou o repertório de informações sobre os procedimentos de CAPS e foram avaliadas positivamente ao possibilitar melhor compreensão sobre os registros, desconstrução da ideia de associação de registro para repasse financeiro, utilização da lista de procedimentos como linha de cuidado para elaboração de PTS mais robustos e revisão de Projetos Terapêuticos Institucionais. A incompletude e a subnotificação dos dados não retratam o que as equipes no CAPS estão desenvolvendo e, por isso, a conclusão de que a análise dos dados gerados por meio deles não coincide com a realidade dos serviços. Ressalta-se a importância do processo de educação permanente como forma de privilegiar práticas mais significativas de aprendizagem, envolvendo os participantes no processo de mudança e assim evidenciar as práticas psicossociais, por meio registro das ações desenvolvidas no CAPS ou em outros dispositivos do território. Essas evidências são fundamentais para defesa técnica e política do modelo de atenção psicossocial vigente no país.

Palavras-chave: Serviços Comunitários de Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Sistemas de Informação em Saúde, Sub-registro, Educação Continuada.

ABSTRACT

The Psychosocial Care Centers (CAPS) are strategic services of the Psychosocial Care Network to promote the social reintegration of people with mental disorders and or problems related to the use of alcohol and other drugs. Thus, it is imperative that the actions in the CAPS be monitored and evidenced to support the superiority of this proposal. However, this will only be possible if there are data recorded by the professionals working in the CAPS to enable the evaluation for the management of the quality of the services. This study aimed to analyze the quality of records of procedures using the Permanent Education in Health as a strategy for the management of the work process of the health professionals of the CAPS. This is an intervention research of a qualitative nature, carried out with 58 professionals from seven CAPS from three municipalities of the State of Goiás. Data collection occurred from March to October 2016. The Permanent Health Education was procedural and occurred in three stages: focus groups, seminars and workshops on CAPS procedures and elaboration of a Unique Therapeutic Project (PTS). With the data obtained through the reflection of the subjects, the thematic content analysis was performed. The thematic categories and subcategories that emerged from the content analysis were: Process of registration of the CAPS procedures, the Unique Therapeutic Project in quotation marks and Qualification of the PTS through the understanding of the records and and the opposite also. The results showed that the professionals did not know the instruments of records of CAPS procedures, the meaning of the names of the procedures, the management and purposes of the records and the importance of the data as the driver of information for work and service management. Two situations on the quality of records were evidenced that the data were underreported or reflected the inexistence of psychosocial actions. It was perceived the need of investment in the training of the professionals with focus on the records management and through the systematization of PTS. The Permanent Health Education strategy expanded the repertoire of information about CAPS procedures and was evaluated positively by enabling a better understanding of the records, deconstruction of the idea of association of registration for financial transfer, use of the list of procedures as a care line for elaboration of more robust PTS and revision of Institutional Therapeutic Projects. The incompleteness and underreporting of the data do not depict what the teams in the CAPS are developing and, therefore, the conclusion that the analysis of the data generated through them does not coincide with the reality of the services. It is important to emphasize the importance of the process of permanent education as a way of giving priority to more meaningful learning practices involving the participants in the process of change and thus highlighting the psychosocial practices by recording the actions developed in the CAPS or other devices in the territory. This evidence is fundamental for the technical and political defense of the model of psychosocial care in force in the country.

Keywords: Community Mental Health Services; Psychiatric Nursing; Health Information Systems; Underregistration; Education, Continuing.

RESUMEN

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son servicios estratégicos de la Red de Atención Psicosocial para la promoción de reinserción social de personas con trastornos mentales y con problemas relacionados al uso de alcohol y otras drogas. Así, se hace imprescindible que las acciones en los CAPS sean monitoreadas y evidenciadas para sostener la superioridad de esa propuesta. Sin embargo, esto sólo será posible si hay datos registrados por los profesionales que actúan en los CAPS para posibilitar la evaluación para la gestión de la calidad de los servicios. Este estudio tuvo como objetivo analizar la calidad de los registros de procedimientos utilizando la Educación Permanente en Salud como estrategia de gestión del proceso de trabajo de los profesionales de salud de los CAPS. Se trata de una investigación-intervención de naturaleza cualitativa, realizada con 58 profesionales de siete CAPS de tres municipios del Estado de Goiás. La recolección de datos ocurrió en el período de marzo a octubre de 2016. La Educación Permanente en Salud fue procesal y ocurrió en tres etapas: grupos focales, realización de Seminario y talleres sobre procedimientos de CAPS y elaboración de Proyecto Terapéutico Singular (PTS). Con los datos obtenidos por medio de la reflexión de los sujetos se realizó el análisis temático de contenido. Las categorías temáticas y subcategorías que surgieron del análisis de contenido fueron: Proceso de registro de los procedimientos de CAPS, el Proyecto Terapéutico Singular entre comillas y Calificación del PTS por medio del entendimiento de los registros y viceversa. Los resultados evidenciaron que los profesionales desconocían los instrumentos de registros de procedimientos de CAPS, el significado de los nombres de los procedimientos, el manejo y finalidades de los registros y la importancia de los datos como conductor de informaciones para gestión del trabajo y servicio. Se evidenciaron dos situaciones sobre la calidad de los registros que los datos estaban subnotificados o reflejaban la inexistencia de acciones psicosociales. Se percibió la necesidad de inversión en la capacitación de los profesionales con foco en el manejo de los registros y por medio de la sistematización de PTS. La estrategia de Educación Permanente en Salud amplió el repertorio de informaciones sobre los procedimientos de CAPS y fueron evaluadas positivamente al posibilitar una mejor comprensión sobre los registros, deconstrucción de la idea de asociación de registro para traspaso financiero, utilización de la lista de procedimientos como línea de cuidado para la elaboración de PTS más robustos y la revisión de Proyectos Terapéuticos Institucionales. La incompletud y la subnotificación de los datos no retratan lo que los equipos en el CAPS están desarrollando y, por eso, la conclusión de que el análisis de los datos generados por medio de ellos no coincide con la realidad de los servicios. Se resalta la importancia del proceso de educación permanente como forma de privilegiar prácticas más significativas de aprendizaje, involucrando a los participantes en el proceso de cambio y así evidenciar las prácticas psicosociales, por medio de las acciones desarrolladas en el CAPS o en otros dispositivos del territorio. Estas evidencias son fundamentales para la defensa técnica y política del modelo de atención psicosocial vigente en el país.

Palabras-claves: Servicios Comunitarios de Salud Mental, Enfermería Psiquiátrica, Sistemas de Información en Salud, Omisiones de Registro, Educación Continua.

APRESENTAÇÃO

O presente estudo intitulado “Qualidade dos registros para avaliação das ações de Centros de Atenção Psicossocial” consiste numa tese de doutorado desenvolvida na Área de concentração: “A enfermagem no cuidado à saúde humana”, inserido na Linha de Pesquisa: “Gestão em Saúde e em Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

A temática aqui abordada surgiu da minha inquietação no contexto da minha trajetória profissional na área de Saúde Mental, tendo em vista que a institucionalização do monitoramento e avaliação de qualidade dos CAPS é, ainda, um desafio na área.

Cursei a Graduação em Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Campinas e logo após a conclusão, iniciei o Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal de Goiás, integrando um projeto de pesquisa multicêntrico com o objetivo de caracterizar os papéis e funções dos enfermeiros dos Serviços de Saúde Mental em todo o país. A proposta me deixou muito motivada visto que, até aquele momento, eram escassos estudos sobre a situação assistencial de Saúde Mental no Estado de Goiás. Considerando isso, para além do processo de trabalho dos enfermeiros, fizemos um panorama de todos os CAPS que estavam habilitados no interior do referido Estado (SILVA, 2012).

Nesse mesmo período fiz o curso de Especialização Multiprofissional em Saúde Mental porque acreditava que precisava desenvolver outras competências na área, para além da temática pesquisada no mestrado.

Concluído o mestrado, fui aprovada no concurso da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e, em virtude de minha aproximação com a área saúde mental comecei a atuar na Gerência de Saúde Mental (GSM/SPAIS/SES-GO).

Assumir como gestora da política de saúde mental do Estado de Goiás foi um grande desafio por ter que gerenciar uma política tão complexa e de poucos recursos e visibilidade. No entanto, com a colaboração de uma equipe de profissionais qualificados e militantes da saúde mental, continuei pesquisando na área de avaliação de serviços com o propósito de repensar/analisar/defender, cotidianamente, as práticas psicossociais.

A avaliação de serviços sempre foi uma temática que me despertou interesse e, estando gerente de saúde mental do Estado, pude perceber a dificuldade de fazer gestão dos CAPS e defesa do modelo de atenção psicossocial sem a existência de indicadores passíveis de análise de forma rápida e oportuna a situação de saúde

naquele contexto. Reconheço a importância da avaliação e do monitoramento das ações desenvolvidas pelos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, ao mesmo tempo, o quanto as informações ainda são escassas e pouco sistematizadas.

Em 2013, foi criado o RECID - REFLETIR PARA CUIDAR - Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental, ao qual me vinculei e iniciei a elaboração do projeto de pesquisa para o doutorado tinha como objetivo propor indicadores de avaliação dos CAPS de forma participativa. Entretanto, devido a articulação com a Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/DAET/MS), tivemos acesso aos indicadores até então elaborados pela equipe desse órgão e entendemos que a realização do projeto geraria muitos conflitos de interesse.

Diante dessa realidade e do trabalho desenvolvido como gestora, identificamos a necessidade de qualificar a fonte de dados para os indicadores que seriam propostos. Sendo assim, alteramos os objetivos do projeto de pesquisa com a proposta de avaliar os registros das ações desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS e descrever o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais para melhoria da qualidade dos processos de trabalho e dos registros dos procedimentos nos CAPS. Ainda, considerando a minha inserção profissional, não pensamos outra forma de desenvolver o trabalho que não fosse considerando uma pesquisa-intervenção.

A intenção é que o desenvolvimento dessa pesquisa contribua para alavancar a gestão dos CAPS ao impactar na qualidade das práticas dos profissionais. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa e de intervenção, de interesse para a comunidade científica e para a prática profissional, a nossa maior preocupação foi com o método de intervenção tendo como referência as necessidades das equipes e não da gerência ou da pesquisa.

O exame de qualificação veio reforçar a importância dessa pesquisa ao evidenciar as repercussões positivas desse investimento na prática assistencial. Os resultados das avaliações dos CAPS são fundamentais para a gestão dos serviços, no sentido de contribuir com a tomada de decisões, qualificação das ações, definição de prioridades e investimentos financeiros, políticos e técnicos.

Os sistemas de informações em saúde são, portanto, fundamentais visto que os dados sobre o atendimento dispensado nos CAPS, disponíveis nos sistemas, são

necessários e esses só podem ser registrados pelos próprios profissionais que estão atuando nesses serviços.

Além da contribuição para a gestão em saúde mental, a avaliação e melhoria dos registros das ações desenvolvidas pelos profissionais nos CAPS é uma demanda científica, já que eles ainda são inexistentes, e pode ser um trabalho que contribuirá com a prática dos profissionais.

Na condução dessa tese, o material proposto está disponibilizado em capítulos para facilitar a compreensão do leitor.

Inicialmente, fizemos uma breve introdução com a proposta e justificativa de realização desta pesquisa.

O referencial teórico foi dividido em três capítulos. O primeiro capítulo discute o cuidado em saúde mental segundo o modelo de atenção psicossocial, descrevendo os CAPS e o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes que neles atuam, sendo um dos principais articuladores da Rede de Atenção Psicossocial. O segundo capítulo trata de aspectos e importância da avaliação de serviços de saúde e de CAPS, além dos conceitos e aspectos relacionados aos Sistemas de informações de Saúde. E, por fim, no terceiro capítulo são apresentados aspectos conceituais da Educação Permanente em Saúde.

O percurso metodológico está apresentado de forma lógica, cronológica e com todos os detalhes que permitam a análise crítica dos dados encontrados.

Os resultados e discussão estão apresentados atentando para os objetivos da pesquisa, para o referencial teórico e a experiência da pesquisadora.

Finalizamos com as considerações e referências.

1 – INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970, provocou modificações importantes no campo da saúde mental ao propor o fechamento dos manicômios e a reinserção social do doente mental como metas de cuidado no meio em que a pessoa vive. Como resultado principal deste processo, o Brasil reconhece e legitima os direitos dos portadores de transtornos mentais e estabelece que o cuidado para essas pessoas deva ocorrer em serviços abertos e inseridos na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Assim, o paradigma de atenção à saúde mental foi alterado do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial e foram criados vários serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Dentre os serviços substitutivos, destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais ou para usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população territorial, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS foram criados para ser substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. No entanto, a mudança de modelo de atenção não está garantida apenas com a saída da assistência do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos, porque as práticas institucionalizadas, disciplinares, de coerção e de restrição, características do modelo asilar manicomial, podem ser facilmente reproduzidas nos serviços abertos (PANDE; AMARANTE, 2011, WETZEL *et al.*, 2011, PINHO *et al.*, 2012, SILVA, 2012).

Em 2012, no Estado de Goiás havia distorção da assistência psicossocial na medida em que o trabalho nos CAPS, apesar de alguns avanços, ainda priorizava a especialidade psiquiátrica e o atendimento apenas ambulatorial por consultas médicas. As práticas terapêuticas que possibilitavam o desenvolvimento das habilidades eram, muitas vezes, limitadas porque se restringe ao atendimento ambulatorial, mantendo o modelo médico centrado, em contraposição ao estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) (SILVA, 2012).

Também há dificuldade por parte dos profissionais em manejar situações relacionadas ao adoecimento mental e uso problemático de álcool e drogas, muito em decorrência de formação deficiente e capacitação específica. Os serviços de saúde mental enfrentam problemas quanto à estrutura física inadequada, aos vínculos empregatícios precários, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento considerável da demanda em Saúde Mental, à gestão atrelada à política partidária e à diminuição dos gastos com internação psiquiátrica (MIELKE *et al.*, 2009, RÉZIO; OLIVEIRA, 2010, WETZEL *et al.*, 2011, SILVA, 2012, TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Assim, estudos apontam que, a Reforma Psiquiátrica brasileira avança e retrocede, havendo a necessidade de que o contexto assistencial seja continuamente avaliado como uma ação potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental (ALMEIDA; ESCOREL, 2001, FURTADO; CAMPOS, 2008, CAMPOS *et al.*, 2009, MIELKE *et al.*, 2009, KANTORSKI, 2012, BANDEIRA; LIMA; BARROSO, 2014, TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A necessidade de avaliação apontada pelos pesquisadores vem ao encontro da sugestão da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que os serviços de Saúde Mental sejam avaliados internacionalmente na tentativa de garantir a qualidade da assistência bem como de alcançar as metas de garantia de direitos humanos do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo (OMS, 2001).

A avaliação da qualidade de serviços de saúde mental atrelada à proposta de reformulação do modelo assistencial tem, portanto, função política de servir como instrumento de potencialização das práticas psicossociais (WETZEL; KANTORSKI, 2004). Mesmo com a legitimação do modelo psicossocial, ainda há profissionais que utilizam abordagens de cuidado com o foco na hospitalização a médico-centrado. Considerando que, ainda há fragilidade no contexto da prática psicossocial e na capacitação dos profissionais para transformação do modelo de atenção psicossocial, torna-se imprescindível que as ações nos CAPS sejam monitoradas e evidenciadas para sustentar a superioridade dessa proposta assistencial (BEZERRA JÚNIOR, 2011, ZEFERINO *et al.*, 2016, ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017, TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Na atenção psicossocial, a avaliação de CAPS implica em apontar os nós críticos da reforma psiquiátrica a partir de experiências inovadoras que pretendem

romper com a lógica manicomial (KANTORSKI, 2012). Com o desenvolvimento de pesquisas de avaliação de qualidade nesses serviços, amplia-se a possibilidade de planejamento e aprimoramento da promoção da inclusão dos usuários e seus familiares, de educação permanente ou da formação acadêmica dos profissionais envolvidos e adequação dos serviços (NOVAES, 2000, ALMEIDA; ESCOREL, 2001, TAMAKI *et al.*, 2012).

Entretanto, no contexto da avaliação em saúde mental, destaca-se a limitação e ausência de indicadores qualitativos e quantitativos que possibilitem mensurar o alcance das metas estipuladas pelas equipes e serviços (ALMEIDA; ESCOREL, 2001, FURTADO *et al.*, 2013).

Na realidade as práticas não têm sido monitoradas e, até o ano de 2016, o único indicador utilizado para avaliar saúde mental foi o de cobertura de CAPS. Este indicador avalia a oferta desse tipo de serviço, mas não possibilita avaliar a qualidade do serviço ofertado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

Em 2017, percebeu-se avanço no sentido de iniciar monitoramento de processos de trabalho em CAPS que, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, estabeleceu o “Indicador 21 - Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica” para ser monitorado no período de 2017 a 2021 (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2016).

Esta avaliação só será possível a partir da existência de dados passíveis de serem transformados em informações. Assim, foram alterados e incluídos procedimentos da tabela do SUS que deverão ser informados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), considerando a necessidade de informar os procedimentos resultantes de ações de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas; além de qualificar a informação relativa aos atendimentos realizados nos CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Esses procedimentos são registrados em três instrumentos sistematizados pelo Ministério da Saúde: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS).

O BPA – I e o BPA – C são formulários específicos de registro de produção dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial. No BPA–C se registram os

procedimentos relacionados aos Projetos Terapêuticos Institucionais, especificamente, ações de ativação de rede de saúde e intersetorial realizados pelos CAPS. No BPA-I se registra apenas um procedimento que é correspondente à ação de acolhimento inicial. Ainda, com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde foram estabelecidas possibilidades de registro das práticas psicossociais através do RAAS. Assim, no RAAS são lançados os procedimentos correspondentes às ações do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a).

Considera-se que há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas para a definição de prioridades e a reorientação de práticas (TAMAKI *et al.*, 2012).

Sendo assim, para entendimento dessa realidade, alguns questionamentos em nível de gestão, tornam-se prioritários: Qual a compreensão dos profissionais sobre o uso dos instrumentos de registros das ações dos CAPS? Como eles têm utilizado esses instrumentos? Como os instrumentos podem ser utilizados para qualificação do processo de trabalho dos profissionais nos CAPS?

A existência dos registros e a qualificação dos profissionais quanto as ações no CAPS poderão subsidiar o estabelecimento de indicadores de qualidade da atenção em saúde mental brasileira e fornecerá subsídios para posicionamentos científico-técnico-político-gestor para garantir a efetividade da atenção psicossocial. Ocorrerá em momento oportuno em que a RAPS está sendo implantada e que há necessidade de monitoramento e avaliação.

O investimento em estratégias de Educação Permanente em Saúde por meio dos procedimentos já previstos pode ser catalisador de iniciativas de boas práticas que influenciarão na melhoria de qualidade, o que é particularmente relevante diante das dificuldades e desafios enfrentados pelos gestores e profissionais no contexto da prática, especialmente na área de Saúde Mental.

Espera-se que os efeitos do próprio processo avaliativo influenciem a prática dos profissionais participantes nesse estudo e, considerando a relevância desse trabalho para contribuir com a comunidade científica e gestão dos CAPS.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

- Analisar a qualidade dos registros de procedimentos utilizando a Educação Permanente em Saúde como estratégia de gestão do processo de trabalho dos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial

2.2 – Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento dos profissionais sobre os instrumentos de registros dos procedimentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial;
- Verificar como os profissionais têm realizado os registros de procedimentos realizados pelos profissionais nos Centros de Atenção Psicossocial;
- Descrever o modelo de Educação Permanente em Saúde para qualificação dos profissionais no uso dos registros de procedimentos no processo de trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – Os Centros de Atenção Psicossocial na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

Ao problematizar e questionar a hegemonia do saber psiquiátrico e do hospital psiquiátrico no tratamento da loucura, a Reforma Psiquiátrica brasileira abriu espaço para a construção de novas formas de abordar o sofrimento psíquico, propondo a atenção psicossocial para reorientar a prática nos serviços públicos de saúde. O foco deixa de ser o hospital, o papel do médico e o tratamento medicamentoso-asilar, para a desinstitucionalização e o atendimento no território, interdisciplinar e que considera o sujeito em sua integralidade (AMARANTE, 2007, HIRDES; SCARPARO, 2015).

A concepção de integralidade está relacionada às características de políticas de saúde especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem certo grupo populacional. Também, está relacionada a aspectos da organização dos serviços de saúde e das práticas de saúde que é caracterizada pela recusa em reduzir o paciente ao seu sistema biológico (MATTOS, 2001). É uma atitude de responsabilização e implicação, evidenciada por meio do fortalecimento dos laços entre o sujeito que busca o atendimento, o serviço e o território (ZEFERINO *et al.*, 2016).

O modelo de atenção psicossocial é atualmente marcado por diferentes orientações, desde as que privilegiam a dimensão política propondo eliminação da clínica em prol do cuidado; até aquelas que retomam a clínica, incorporando os procedimentos de atenção psicossocial passando a designá-la como clínica ampliada (RINALDI; BURSZTYN, 2008).

Trabalhar na lógica psicossocial significa rever concepções do objeto e dos processos de trabalho em saúde mental e a clínica ampliada é tida como um desafio na prática dos profissionais. Pressupõe uma visão holística do sujeito que está sendo assistido na comunidade considerando suas manifestações e articulações dos profissionais e serviços para sua inserção no contexto social e de saúde (PINHO *et al.*, 2012).

Para tanto, é preciso ter uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, ou seja, atentar para vários e diferentes aspectos da situação. Compreender as necessidades da pessoa inserida em um determinado contexto e

como ele vivencia o adoecimento, sem privilegiar a abordagem de algum conhecimento específico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Cuidado em saúde mental, portanto, exige dos profissionais de saúde uma postura ativa, que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade (ZEFERINO *et al.*, 2016). Trata-se de compreender a multiplicidade de fatores que levam o indivíduo a adoecer psiquicamente, sem fragmentar a prática dos profissionais e reproduzir modelos manicomiais (PINHO *et al.*, 2012).

Por conseguinte, reconhecendo a complexidade do cuidado em saúde mental, será importante a construção compartilhada dos diagnósticos de problemas e propostas de solução. Nenhuma categoria profissional consegue, isoladamente, dar respostas efetivas para problemas complexos. Essa construção só será possível se houver, também, a ampliação do “objeto de trabalho”. Trabalhar com clínica ampliada requer a responsabilização por pessoas e a interação delas com o meio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nesse sentido, fazer diferente no modo psicossocial é incorporar trocas de conhecimento para conseguir compreender aquilo que o usuário manifesta e deseja. Assim, essas conexões de saberes tendem a proporcionar mais liberdade e mais autonomia ao sujeito e à equipe (PINHO *et al.*, 2012).

Os “meios” ou instrumentos de trabalho também se modificaram e o modo psicossocial, segundo a lógica da clínica ampliada, requer arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem a comunicação transversal na equipe, entre equipes e entre dispositivos. Mas, principalmente, é necessário o domínio das tecnologias leves, como técnicas relacionais, que permitam uma clínica compartilhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Compreender que o campo da saúde mental depende da compreensão ampliada do processo saúde-doença e da articulação entre diversos atores, se amplia também o espectro de atuação do profissional. Assim, também vão surgindo novas habilidades e competências profissionais (PINHO *et al.*, 2012).

Ao considerar a integralidade, o modo psicossocial de agir não tem como meta a cura da doença, mas ressignificação da experiência no cotidiano, a restituição e promoção de laços sociais e familiares, potencialização do poder de contratualidade social e não apenas reduzir o sintoma ou o diagnóstico médico (AMARANTE, 2007, RINALDI; BURSZTYN, 2008).

No modelo de atenção psicossocial, tratar é promover a possibilidade das pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais e ou com problemas relacionados ao álcool e outras drogas para que possam viver em comunidade com o grau de autonomia possível, mas sem exigir que tenham que adotar um padrão ideal de comportamento. Essa compreensão vai muito além de apenas diagnosticar doenças e prescrever tratamentos para a cura (AMARANTE, 2007, PINHO *et al.*, 2012).

O modelo de atenção psicossocial, então, é orientado pelos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira os quais sustentam as transformações nos campos teórico-assistencial que se relaciona à construção do conceito de existência-sofrimento em contraposição ao binômio doença-cura; jurídico-político envolve controle social e aparatos legais que normatizam os serviços substitutivos e reorientam a assistência em saúde mental no país; técnico-assistencial que é evidenciado pela construção de uma rede de serviços articulados como espaços de cuidado, diálogo e interlocução e dispõem de equipe multiprofissional cuja prática deve ser pautada no conceito de integralidade; no campo sociocultural as atividades estão relacionadas a transformar o imaginário coletivo acerca da loucura (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2003, AMARANTE, 2007).

Tais pressupostos, uma vez sistematizados e avaliados podem ser indicadores que sinalizam uma assistência psicossocial qualificada devendo fazer parte de uma política de gestão nos serviços de saúde mental voltadas para o diagnóstico situacional, monitoramento e avaliação continuada.

No intuito de garantir a integralidade do cuidado com base no modelo psicossocial, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe vários serviços substitutivos e, dentre eles, destacam-se os CAPS. Estes dispositivos consistem em serviços de atenção diária, abertos, com livre acesso aos usuários, familiares e sociedade. Estão pautados no atendimento territorializado, enfatizam a importância da inclusão da família no tratamento e na reabilitação, orientam o cuidado ao sujeito que sofre psiquicamente e respeitam sua subjetividade. Para que se concretizem tais orientações a equipe desses serviços deve ser multidisciplinar e buscar atender a integralidade do sujeito em suas diferentes demandas (AMARANTE, 2007, MIELKE *et al.*, 2009, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados em diferentes modalidades, considerando o público de atendimento, critérios populacionais e período de funcionamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b):

a) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Indicado para municípios com população acima de quinze mil habitantes;

b) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme a organização da rede de saúde local é indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;

c) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

d) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

e) CAPS AD III: atende adultos ou criança e adolescente, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

f) CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Os CAPS estão inseridos em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS, e de acordo com a Portaria Nº 3.088/2011 deve ser constituída pela

Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, sendo o CAPS o principal articulador da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe, e de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

A compressão de rede é importante, visto que a atenção em saúde mental é complexa e, portanto, supõe que nenhum serviço sozinho pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território (PINHO *et al.*, 2012).

Os CAPS devem ter o papel também de mediadores clínico-institucionais, por apresentarem a capacidade de realizar o apoio matricial com os serviços não especializados, atendimento dos casos mais complexos e, ainda, servir como referência fundamental para crises (GAMA, 2012).

Nos CAPS, espera-se que a equipe multiprofissional desenvolva atividades bastante diversificadas, oferecendo atendimentos individuais em grupos, realizando oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação. Neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico e livre acesso ao serviço, sempre que necessário (MIELKE *et al.*, 2009).

Ainda, estão previstas atividades nos CAPS como: identificação das necessidades de saúde da população; reconhecimento do território; ações de vigilância à saúde; articulação da rede de serviços, intersetorial e de pessoas; empoderamento do cidadão; oferta de apoio matricial a outros níveis de atenção à saúde; discussão de casos e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS); desenvolvimento de ações de educação em saúde, além de coordenação e participação em atividades inclusivas e de convivência, intra e extramuros (PINHO *et al.*, 2012).

Muitas das ações que são desenvolvidas nos CAPS estão descritas e definidas na Portaria 854/2012 para facilitar o registro das ações, em diferentes instrumentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a), conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Procedimentos do Sistema Único de Saúde relacionados aos indicadores de atendimentos realizados nos CAPS.

	PROCEDIMENTOS	DESCRIÇÃO	INSTRUMENTOS DE REGISTRO
1	Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao seu afastamento de situações conflituosas e vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimento decorrente de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.	RAAS
2	Acolhimento em terceiro turno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos no período compreendido entre 18 e 21 horas.	RAAS
3	Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	Ação de hospitalidade diurna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais - incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.	RAAS
4	Atendimento individual de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	Atendimento direcionado à pessoa, que comporte diferentes modalidades, responda às necessidades de cada um incluindo os cuidados de clínica geral que visam à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derivam, promovam as capacidades dos sujeitos, de modo a tornar possível que eles se articulem com os recursos existentes na unidade e fora dela.	RAAS
5	Atendimento em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial	Ações desenvolvidas coletivamente que explorem as potencialidades das situações grupais com variadas finalidades, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitem experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania	RAAS

6	Atendimento familiar em Centro de Atenção Psicossocial	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, sejam elas decorrentes ou não da relação direta com os usuários, que garanta a corresponsabilização no contexto do cuidado, propicie o compartilhamento de experiências e informações com vistas a sensibilizar, mobilizar e envolvê-los no acompanhamento das mais variadas situações de vida.	RAAS
7	Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial	Consiste no primeiro atendimento ofertado pelo CAPS para novos usuários por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território. O acolhimento consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.	BPA-I
8	Atendimento domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial	Atenção prestada no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento, que vise à elaboração do projeto terapêutico singular ou dele derive, que garanta a continuidade do cuidado. Envolve ações de promoção, prevenção e assistência.	RAAS
9	Ações de articulação de redes intra e inter setoriais	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.	BPA-C
10	Fortalecimento do protagonismo de usuários de Centro de Atenção Psicossocial e seus familiares	Atividades que fomentem a participação de usuários e familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos, a apropriação e a defesa de direitos, e a criação de formas associativas de organização.	BPA-C
11	Práticas corporais em Centro de Atenção Psicossocial	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora e os aspectos somáticos e posturais da pessoa, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.	RAAS
12	Práticas expressivas e comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial	Estratégias ou atividades dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e favoreçam a construção e utilização de processos promotores de novos lugares sociais e inserção no campo da cultura.	RAAS

13	Atenção às situações de crise	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências, geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.	RAAS
14	Matriciamento de equipes da atenção básica	Apoio presencial sistemático às equipes de atenção básica que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.	BPA-C
15	Ações de redução de danos	Conjunto de práticas e ações do campo da saúde e dos direitos humanos realizadas de maneira articulada inter e intrasetorialmente, que buscam minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliam cuidado e acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde. Voltadas sobretudo à busca ativa e ao cuidado de pessoas com dificuldade para acessar serviços, em situação de alta vulnerabilidade ou risco, mesmo que não se proponham a reduzir ou deixar o uso de substâncias psicoativas.	BPA-C
16	Acompanhamento de serviço residencial terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e reinserção social.	BPA-C
17	Apoio a serviço residencial de caráter transitório por Centro de Atenção Psicossocial	Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e ações intersetoriais e que favoreça a integralidade das ações.	BPA-C
18	Ações de reabilitação psicossocial	Ações de fortalecimento de usuários e familiares, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.	RAAS

19	Promoção de contratualidade	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana como casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.	RAAS
20	Matriciamento de equipes de pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas	Apoio presencial sistemático às equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência, incluindo UPA, SAMU, salas de estabilização, e os serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas que ofereça suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.	BPA-C

Fonte: PORTARIA Nº 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012

Para materializar e concretizar a clínica ampliada e assegurar aos sujeitos um contexto assistencial de reinserção social e promoção de qualidade de vida se estabelece como estratégia a formulação e o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) (BOCCARDO *et al.*, 2011).

O PTS constitui-se como instrumento de organização e sistematização do cuidado, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário, considerando as singularidades do sujeito e o contexto social em que está inserido, sendo dedicado a situações de maior complexidade clínica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, BOCCARDO *et al.*, 2011).

O PTS pode ser compreendido como uma estratégia de cuidado organizada para atender a complexidade que envolve os problemas de saúde mental, seus determinantes e sua influência nos aspectos biopsíquicos e sociais, por meio de ações articuladas e desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, dirigida a indivíduos ou coletividades e resultante da discussão coletiva entre a equipe e o usuário implicado (JORGE *et al.*, 2015).

A construção de PTS possibilita o acompanhamento terapêutico dos usuários

pelos profissionais ao viabilizar a integralidade do cuidado por meio do conhecimento das condições de vida desses usuários, garantia de acesso e cuidados no território e promoção da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (JORGE *et al.*, 2015).

A elaboração do PTS contém quatro momentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 41-42.):

- 1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele.
- 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor.
- 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza.
- 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

A elaboração de PTS nos CAPS já faz parte da rotina e também está se expandindo para outros serviços de saúde, especialmente, nas Estratégias Saúde da Família. (BOCCARDO *et al.*, 2011, JORGE *et al.*, 2015). Entretanto, apesar da existência do PTS nos serviços, este não tem sido usado de forma sistematizada e não é construído a partir da identificação de necessidades do usuário, estabelecimento de metas, definição dos profissionais responsáveis pelas ações e prazo para reavaliação do projeto (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

3.2 – Avaliação da Qualidade dos Registros e Uso das Informações

A avaliação da qualidade pode ser considerada um processo de julgamento de valores a respeito de um programa, um serviço ou uma política, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas definidas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Para ampliar o escopo da compreensão da avaliação, para além da dimensão instrumental, este processo de julgamento precisa ter foco na utilidade, relevância e praticidade tanto quanto na validade científica (PATTON, 1997).

Além disto, pode também ser compreendida como uma prática social porque “o processo de avaliação tem grande possibilidade de causar mudanças, como sentido mais nobre, ao fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A avaliação pode ser definida de diferentes formas, a depender dos grupos de interesse envolvidos e a área de inserção. Estas diferentes definições vão relacionar-se também com as implicações metodológicas e práticas daí decorrentes, tanto para o gestor quanto para o pesquisador no processo avaliativo (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Também, a avaliação pode ser de dois tipos: normativa e avaliativa. Uma avaliação normativa busca aferir a adequação entre as características do serviço em relação a normas e critérios. Esse tipo de avaliação geralmente é realizada por programas institucionais, utilizando bases de dados institucionais (HARTZ, 1997).

Por outro lado, pesquisa avaliativa é desenvolvida por pesquisadores, utilizando procedimentos científicos para responder questões que visam a produção de conhecimento e ou para examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção. Trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, as relações existentes entre a intervenção, e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (HARTZ, 1997).

A avaliação pode contribuir para a produção de conhecimento em um determinado campo teórico-metodológico sobre um determinado objeto, independente do uso que será feito desse objeto (HARTZ; SILVA, 2005). Entendendo assim, os objetivos da avaliação vão depender de quem formula a pergunta. O gestor pode fazer avaliação tanto para verificar se os resultados esperados de uma política/programa estão sendo alcançado, quanto para orientar o aperfeiçoamento de uma determinada intervenção. Para o pesquisador, a pergunta pode ter como objetivo a produção de conhecimento que pode ser incorporada à prática de gestão (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Na maior parte das definições, a avaliação aparece de forma indissociável ao processo de tomada de decisão. Considerando isto, pode se constituir instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de qualificar a tomada de decisões, propiciando aumento de eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas nos serviços (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação para a gestão de serviços de saúde é um processo técnico-administrativo e político de julgamento para apoiar uma decisão de forma oportuna (TANAKA; TAMAKI, 2012). Ou seja, produz respostas para as perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado (TAMAKI *et al.*, 2012).

Numa avaliação para a gestão em serviços de saúde será necessário considerar alguns princípios: utilidade (capacidade de subsidiar tomadas de decisão que tragam soluções aos problemas dos serviços), oportunidade (tem que ser feita em tempo para que os seus resultados possam ser utilizados na tomada de decisão), factibilidade (ser pragmática em termos de fazer escolhas viáveis e sobre as quais tenha governabilidade), confiabilidade (ter racionalidade, coerência e consistência), objetividade (melhor conhecimento e o maior aprofundamento possível dentro do tempo e dos recursos disponíveis) e direcionalidade (tem que conduzir, em todos os espaços possíveis, as escolhas na direção da resolução dos problemas) (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Considerando então que o essencial da avaliação é a sua contribuição para a tomada de decisão, ela deverá ser pragmática, mesmo que para isso seja necessário simplificar processos, limitar a profundidade do estudo e relativizar a precisão e abrangência dos resultados (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Nesse sentido, mesmo considerando os princípios da avaliação, será importante o referencial sobre o que avaliar e o que considerar num processo de avaliação. Em saúde, destaca-se a abordagem utilizada por Avedis Donabedian que trata de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e considera a qualidade como produto da dimensão técnica do cuidado médico e as relações interpessoais. Para ele, a avaliação de qualidade de serviços de saúde deve ser baseada na tríade: estrutura, processo e resultado. Estrutura corresponde aos recursos utilizados (recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, financeiros e organizacional). Quando se trata de processo, objetiva-se analisar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde, na condução dos cuidados e na interação com os pacientes. O resultado volta-se ao estudo dos efeitos e consequências das intervenções, utilizando taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação dos usuários (DONABEDIAN, 1992).

Essa tríade só fará sentido se houver causalidade entre a estrutura, o processo e os resultados de determinada realidade. Para Donabedian, cada componente da tríade tem um significado diferente e o processo seria a forma mais

direta de avaliar a qualidade do cuidado, considerando que os resultados podem não ser consequência direta da intervenção (DONABEDIAN, 1992).

Além dessas dimensões da qualidade, Donabedian destaca sete atributos para a avaliação de serviços denominados pilares da qualidade que são: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990).

A eficácia está relacionada à capacidade de oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis e controladas e a efetividade é a melhora alcançada, ou que se espera alcançar, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado verificado. A questão do custo do cuidado a ser realizado não é considerada na efetividade (DONABEDIAN, 1990).

Já a eficiência é definida como a capacidade de se obter o máximo de melhoria na saúde com o menor custo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é a mais eficiente (DONABEDIAN, 1990).

A otimização pode ser definida como o mais vantajoso balanço entre custos e benefícios. Isso decorre do fato de que, em muitas situações, pequenas melhoras no cuidado não justificam um aumento desproporcional no custo, o que introduz a discussão sobre a otimização dos cuidados (DONABEDIAN, 1990).

O pilar da aceitabilidade se refere à adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Sendo, portanto, uma avaliação subjetiva do paciente do que seja efetivo, eficiente e ótimo. Entram também em consideração nesse ponto: a acessibilidade, a relação médico-paciente e a comodidade do tratamento. Vale considerar que as expectativas de profissionais e de outros pacientes podem ser diferentes relacionadas a condições sociais, ocupacionais e psicológicas, principalmente (DONABEDIAN, 1990).

O pilar legitimidade introduz a questão social na discussão de qualidade: ao nível social, além do cuidado com o indivíduo, existe a responsabilidade com o bem-estar de todos (DONABEDIAN, 1990).

Por fim, o pilar equidade é o que determina o que é justo na distribuição de cuidados e seu benefício entre os membros de uma população (DONABEDIAN, 1990).

Considerando esses pilares, os serviços de saúde mental devem ser julgados em relação às suas diversas características nas três dimensões da qualidade, como

por exemplo, estrutura, acessibilidade, forma de atendimento, relacionamento dos profissionais com os usuários, intervenções terapêuticas e resultados do tratamento (BANDEIRA; LIMA; BARROSO, 2014).

Em saúde mental, muitos estudos de avaliação de qualidade têm sido desenvolvidos considerando que a avaliação contribui para a qualidade do atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental (ALMEIDA; ESCOREL, 2001, WETZEL; KANTORSKI, 2004, ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, RÉZIO; OLIVEIRA, 2010, TOMASI *et al.*, 2010, PANDE; AMARANTE, 2011, SURJUS; CAMPOS, 2011, WETZEL *et al.*, 2011, KANTORSKI, 2012, PINHO *et al.*, 2012, SILVA, 2012, TAMAKI *et al.*, 2012, FURTADO *et al.*, 2013, CAVALCANTE *et al.*, 2014, SILVA *et al.*, 2015). Esta prática tem atendido a recomendação da Organização Mundial de Saúde, desde 2001, em desenvolver pesquisas e monitoramento dos serviços de saúde mental, no sentido de avaliar indicadores da sua qualidade, em termos de acesso, forma de atendimento, terapêuticas e resultados do tratamento (OMS, 2001).

Apesar disso, a objetivação e sistematização de indicadores de avaliação de serviços de saúde mental, sejam eles baseados em referencial qualitativo ou quantitativos, tem encontrado obstáculos (FURTADO *et al.*, 2013). Uma das formas de avaliar os indicadores é por meio dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS).

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) são indispensáveis para o gerenciamento de serviços de saúde porque oferecem informações sobre as condições de saúde da população, do serviço e do ambiente para a tomada de decisão por parte dos gestores, ao permitir gerenciar informações e fazer análises mais elaboradas para as intervenções necessárias no processo decisório (MONTENEGRO *et al.*, 2013, BATISTA; MALDONADO, 2014, CAVALCANTE *et al.*, 2014, GAVA *et al.*, 2016).

Para tanto, o registro de dados pelo profissional de saúde nos serviços do SUS precisa ter confiabilidade, validade, cobertura e completitude para que as informações geradas possibilitem análise objetiva da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (LIMA *et al.*, 2009, TANAKA; TAMAKI, 2012, MOTA; CARVALHO, 2013, GAVA *et al.*, 2016).

Segundo a Rede Intergerencial de Informação para a Saúde (RIPSA), os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre

determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2008).

O desenvolvimento de indicadores em saúde mental, quando comparado às outras áreas, pode estar relacionado ao caráter fortemente ético e político da Reforma Psiquiátrica e a consequente dificuldade em estabelecer consensos em torno de indicadores quanto de alguns parâmetros mínimos dentre os grupos de interesse (ALMEIDA; ESCOREL, 2001, FURTADO *et al.*, 2013).

Outro aspecto se refere ao objeto de trabalho dos profissionais da área que está relacionado a questões subjetivas dos usuários, dificultando a objetivação e sistematização requerida por um processo avaliativo, seja ele baseado em referencial qualitativo ou quantitativo (FURTADO *et al.*, 2013).

Os parâmetros utilizados na assistência médica não se adaptam à realidade dos CAPS, considerando que não avaliam se o serviço está realmente atendendo na lógica da atenção psicossocial ou se está, em diferentes espaços, reproduzindo a lógica manicomial. Essa questão passa pelo cotidiano do serviço e pelas relações entre os diferentes atores e o território (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Várias pesquisas sobre indicadores de qualidade de serviços de saúde mental têm sido desenvolvidas internacionalmente (FISHER; SPAETH-RUBLLE; PINCUS, 2012, LAURIKS *et al.*, 2012, SCHELLINGS *et al.*, 2012). Entretanto, muitos dos indicadores ou critérios de avaliação de qualidade desses serviços se diferem porque os modelos e políticas de saúde mental entre os países são distintos, em razão de suas especificidades. A dinâmica da relação entre os sistemas de saúde mental é determinada por variações na população, tipo e número de prestadores de cuidados de saúde e meios disponíveis (LAURIKS *et al.*, 2012).

Embora haja uma série de orientações relacionadas com problemas de saúde mental, elas tendem a concentrar-se em condições específicas e cuidados dispensados na atenção secundária. Há pouca pesquisa internacionalmente relevante publicada na atenção primária e de comunidade, fazendo com que sejam poucos indicadores disponíveis para a avaliação da atenção à saúde mental nesse contexto (SHIELD *et al.*, 2003).

Considerando a complexidade dos programas e políticas do SUS e que as intervenções em saúde variam conforme o modelo assistencial em diferentes contextos, a realização de uma avaliação inclui a delimitação do objeto, do foco e das características ou atributos a serem avaliados. Esta definição é fundamental

porque orientará a metodologia da avaliação (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Trabalho desenvolvido por Shield e colaboradores (2003) pode corresponder melhor à realidade do modelo de atenção em saúde mental brasileiro, por propor uma série de indicadores em serviços comunitários de saúde mental. Eles categorizaram indicadores de qualidade de acordo com a combinação de acesso (se os usuários recebem os cuidados de que necessitam) e a eficácia dos cuidados clínicos e interpessoal (se o cuidado recebido é eficaz). Entretanto, não abarcam todos os aspectos da atenção psicossocial.

Quando se trata de avaliação para a gestão, considerando que a avaliação contribui para a qualidade do atendimento e a qualidade está relacionada à integralidade, há evidências de possíveis indicadores de qualidade de CAPS na perspectiva dos três agentes que deles participam: usuários/famíliares e profissionais, mas que ainda não estão institucionalizados. São discutidos indicadores como: satisfação dos usuários, percepção de mudanças dos próprios usuários e familiares, nível de autonomia dos pacientes, efeitos do tratamento sobre os comportamentos sociais, qualidade de vida, diminuição da sobrecarga familiar, sobrecarga profissional e atitudes da comunidade em relação aos usuários (BANDEIRA; LIMA; BARROSO, 2014).

Indicadores são variáveis que visam fornecer uma imagem possível de um objeto e, ao elaborá-los, é preciso considerar determinados atributos para reconhecer sua eficácia (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para a RIPSa, a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados. O grau de excelência de um indicador será definido por sua validade e confiabilidade. Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade, relevância e custo-efetividade (RIPSa, 2008).

Vale mencionar que, na avaliação para a gestão de serviços de saúde, os indicadores necessitam atender os seguintes requisitos: ter a capacidade de dar resposta à pergunta avaliativa, ter poder de síntese, passível de ser obtido em tempo para subsidiar o processo de decisão, ser capaz de mobilizar aqueles que têm o poder de decidir e implementar as ações, constituir um conjunto limitado de indicadores, ter aceitabilidade pela audiência e possuir um parâmetro correspondente (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Muitas informações são registradas diariamente pelos serviços e não são utilizadas para fazer avaliação ou para a definição de prioridades e a reorientação de práticas (TAMAKI *et al.*, 2012).

O uso dos indicadores disponíveis nos Sistemas de Informação em Saúde é uma ferramenta de planejamento das ações em saúde e incorpora praticidade a um instrumento de monitoramento, com potencial avaliativo. Sendo assim, é necessária a escolha de indicadores acessíveis, simples, úteis e disponíveis nos sistemas de informação do SUS (TAMAKI *et al.*, 2012).

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para o entendimento da realidade, para identificar questões prioritárias, para se fazer planejamento responsável e execução de ações coerentes com as necessidades de saúde de uma determinada população. Sendo assim, as informações são imprescindíveis para a tomada de decisões adequada na gestão dos serviços e, por isso, representa um recurso determinante para o desenvolvimento deles, pois acrescenta eficiência e controle técnico sobre os diversos aspectos que nele existem (ANDRADE; SOARES, 2001, BATISTA; MALDONADO, 2014).

Para se ter a informação necessária, serão necessários os dados. Muitos profissionais consideram dados e informações como a mesma coisa. Embora, relacionados, existe uma diferença importante entre esses conceitos, principalmente quando se referem aos dados, aos indicadores e às informações em saúde (ANDRADE; SOARES, 2001).

O termo dado configura-se como qualquer elemento identificado em sua forma bruta que por si só não conduz a compreensão de determinado fato. “Os dados são a matéria-prima” da informação, ou seja, são valores ainda não trabalhados (ANDRADE; SOARES, 2001).

A Informação é a tradução dos dados, após estes serem interpretados e analisados de forma que permita alterar o conhecimento de outras pessoas. A informação caracteriza-se como uma descrição mais ampliada associada a um referencial explicativo (ANDRADE; SOARES, 2001).

Os indicadores podem ser entendidos como uma quantificação da realidade, que permite fazer comparações entre diferentes populações, ao longo do tempo. Os indicadores derivam dos dados e são um dos instrumentos para gerar informações (ANDRADE; SOARES, 2001).

Assim, para que as informações sejam utilizadas de forma adequada e que representem ferramentas para o processo decisório dos gestores, elas devem ser disponibilizadas e compartilhadas adequadamente por meio de Sistemas de Informações. Assim, um sistema de informação deve ser um conjunto de elementos interdependentes que tem função de processar dados e apresentá-los na forma de informações que serão utilizadas pelos usuários desse sistema, de acordo com sua interpretação (O'BRIEN, 2005).

Um sistema possui três componentes ou funções básicas em interação que são: a entrada, relacionada a captação e reunião de elementos que entram no sistema para serem processados; o processamento, que envolve a transformação da entrada em produto; e a saída, que está relacionada a transferência de elementos produzidos por um processo de transformação até seu destino final, por exemplo as informações gerenciais devem ser transmitidas a seus usuários (O'BRIEN, 2005).

A interação dessas funções dos sistemas de informações objetiva: tornar mais eficiente o conhecimento e a articulação do meio e dos aspectos que constituem a política e a missão institucional de uma organização; auxiliar os gestores na tomada de decisões; ajudar a formar uma imagem da organização, mostrando que ela trabalha de forma ordenada e profissional; melhorar os processos de trabalho e melhorar a comunicação interna e externa, através do acesso constante às informações disponibilizadas (BATISTA; MALDONADO, 2014).

Especificamente sobre a melhoria dos processos de trabalho, a utilização dos sistemas de informação pode acontecer por meio do: suporte a decisões, controle das operações funcionais; diminuição da carga de trabalho dos profissionais; redução dos custos e desperdícios; aperfeiçoamento da eficiência, eficácia, efetividade, qualidade e produtividade da organização; agregação de valor aos produtos; aumento da segurança das ações e diminuição de erros (BATISTA; MALDONADO, 2014).

Os sistemas de informações apresentam as seguintes características: grande volume de dados e informações, complexidade de processamentos, muitos clientes e/ ou usuários envolvidos, contexto abrangente e dinâmico, interligação de diversas técnicas e tecnologias, suporte à tomada de decisões empresariais, auxílio na qualidade, produtividade e competitividade organizacional (LAUDON; LAUDON, 1999).

No contexto do SUS, tradicionalmente, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são desenvolvidos pelas necessidades do uso da informação nas práticas de gestão, do monitoramento das situações de saúde, para o controle da produtividade e repasse de recurso financeiro das ações e eventos (MOTA; CARVALHO, 2013, GAVA *et al.*, 2016).

A propositura, pelo Ministério da Saúde, de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) surge para nortear as ações de tecnologia da informação e comunicação (TIC) do SUS, formulada com a participação das três instâncias gestoras do SUS, de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde e do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Os princípios e diretrizes norteadoras da PNIIS são: a melhoria da qualidade e do acesso ao sistema de saúde brasileiro; a transparência e segurança da informação em saúde; o acesso à informação de saúde pessoal como um direito do cidadão; o suporte da informação para tomada de decisão por parte do gestor e profissional de saúde; e, por fim, o desenvolvimento institucional do SUS e de todo o sistema de saúde brasileiro, com ganhos de eficiência na redução do número de sistemas de informação em saúde existentes ou sua simplificação, gestão e formação de pessoas, aquisição de insumos, monitoramento e avaliação das ações, logística, pagamento e transferência de recursos e outros processos-meio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 7).

Entendendo os SIS como ferramentas para a produção de informações que possam direcionar a tomada de decisão por parte dos profissionais e gestores dos serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde, será necessária interpretação e análise da situação por meio de levantamento de informações confiáveis o que implica no uso do sistema de informação (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A informação e a tecnologia da informação em saúde são, portanto estratégias para o exercício do controle social, quanto o para viabilizar a tomada de decisão aos profissionais e gestores públicos de saúde, além de propiciar o desenvolvimento técnico-científico e de articulação da saúde com as demais políticas sociais e econômicas do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Sendo a utilização dos SIS uma estratégia fundamental para os processos de tomada de decisão e compreendendo que uma organização não funciona sem informação, será necessário também saber utilizá-los para que a organização funcione melhor e com mais eficiência (BATISTA; MALDONADO, 2014).

Entretanto, o registro de dados pelo profissional de saúde nos serviços do SUS tem seguido uma lógica centralizada, desorganizada, fragmentada. Isso porque se inicia com o preenchimento de formulários nos serviços de porta de entrada e segue fluxo independente em cada local até a chegada aos níveis hierárquicos mais elevados (MOTA; CARVALHO, 2013).

Além disso, os SIS disponibilizados pelo SUS têm sido mais utilizados para a captura de dados administrativos, para custos financeiros, no auxílio de decisões gerenciais, quando comparado a sua utilização na assistência direta ao usuário do SUS (SANTOS *et al.*, 2014).

Os vários SIS implantados pelo Ministério da Saúde têm sido referenciados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde, com o propósito de gerar intervenções mais condizentes com as necessidades da população. Entretanto, apesar da relevância, ainda apresenta fragilidades na sua forma de organização e prática, o que compromete a confiabilidade dos dados produzidos, não permitindo informações fidedignas sobre a realidade da situação de saúde da população brasileira (SANTOS *et al.*, 2014).

Também, observa-se a presença de uma significativa quantidade de dados desatualizados, prontuários com excesso de registros e profissionais despreparados para o manejo da tecnologia, o que causa dificuldades em gerar informações confiáveis (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

Esses aspectos são intervenientes na qualidade dos dados e, por consequência, das informações. A qualidade e a pertinência das informações em saúde podem estar comprometidas quando se verifica instrumentos com preenchimento inadequado. Dados incompletos inviabilizam a avaliação e a utilização das informações em estudos epidemiológicos e na tomada de decisões (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

Sendo assim, a utilização dos SIS pela gestão da saúde para o processo decisório ainda é incipiente e as fragilidades mais evidentes foram o número reduzido de qualificações para a utilização dos SIS e dificuldade de acesso à Internet (PINHEIRO *et al.*, 2016).

As atividades de trabalho em saúde sofreram mudança evidente sobre o processo de trabalho com a substituição do registro escrito em papel pelo digitado no equipamento. Em se tratando do contexto da informação eletrônica, a implantação de sistemas tem sido desafiadora pela necessidade de vencer

problemas ao desconhecimento do aparato tecnológico um fator que desencadeia resistência entre os profissionais de saúde (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011, GAVA *et al.*, 2016).

Apesar disso, a resistência à informática não é o único fator de falta de adesão do profissional aos SIS, sendo esta muito mais relacionada à nova lógica de processo de trabalho. O SUS, sendo um sistema extremamente complexo e extenso, precisa ser gerido com a ajuda de TIC que deem conta da totalidade, sendo esse o maior desafio para a gestão e para a adesão dos profissionais da saúde aos processos de informatização (GAVA *et al.*, 2016).

Ainda, outro desafio para a utilização de um SIS eletrônico pelos profissionais é a integração dos vários sistemas de informação para diminuir ou extinguir o retrabalho, caracterizado pela digitação após a coleta de dados em fichas escritas (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011, GAVA *et al.*, 2016).

Além da integração dos SIS, outro desafio diz respeito à identificação das demandas e necessidades de informação pelas pessoas que farão uso dela, já que, muitas vezes, os profissionais deparam com um grande volume de informações em vários SIS e não conseguem encontrar as que precisam para a tomada de decisões (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011).

O uso dos SIS precisa responder às demandas e necessidade informacionais para o gestor na tomada de decisão. O fato da existência de sistemas diversos repletos de ferramentas inaplicáveis às demandas e necessidades da instituição, pode ser explicado porque muitas vezes são construídos por profissionais da informação alheios ou desvinculados do cotidiano de trabalho dos profissionais e gestores (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011).

Considerando a necessidade da colaboração dos profissionais na construção e implantação de um SIS, percebe-se ainda um problema anterior que é a inexistência de um processo de capacitação formal com profissionais especializados na área de TIC. Muitas vezes, até o preparo para a utilização do SIS foi feito na informalidade e os próprios funcionários repassaram o seu aprendizado em relação ao uso do sistema (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

A falta ou limitação de capacitação para a utilização dos SIS também é apontada por gestores, embora alguns tenham sido qualificados quando atuaram como profissionais (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Também, profissionais de saúde relatam problemas relacionados ao tempo disponibilizado para a coleta de dados manual ou eletrônica, sendo esse um dos principais problemas para a adesão do profissional à captura de dados eletrônicos onde foi informatizado. Para os profissionais, o registro manuscrito exige tempo, mas é fácil; por outro lado, no registro informatizado se gasta mais tempo do que o registro manual, e que para ser mais rápido é necessária capacitação e também estratégias de adaptação (GAVA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, entende-se que a PNIIS pode auxiliar a superação de lacunas relacionadas a falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados em saúde; o elevado número de SIS e sua heterogeneidade; a dificuldade de conectividade dos serviços de saúde; a insuficiência de financiamento público nesta; a deficiência relativa de capacitação profissional nesse tema e a importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das TIC em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Com a potência da produção de informações com vistas à melhoria dos processos de trabalho nos serviços de saúde por meio da geração de conhecimento e controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), espera-se que a informatização dos processos melhore a qualidade dos registros e que reduza a distância entre o registro do dado e o uso da informação (GAVA *et al.*, 2016).

Assim, verifica-se a necessidade de educação permanente dos profissionais para a utilização do SIS e que deve considerar os aspectos operacionais e a subjetividade dos trabalhadores para garantir a adesão às novas tecnologias e a utilização das mesmas e para alimentar e controlar as bases de dados de forma a contribuir para fidedignidade das informações (MONTENEGRO *et al.*, 2013).

Também, sobre a completude dos dados, os profissionais de saúde envolvidos no processo sejam devidamente capacitados a respeito de como coletar e registrar esses dados, bem como sejam conscientizados sobre a importância da qualidade dos dados (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014, PINHEIRO *et al.*, 2016).

3.3 – Educação Permanente em Saúde

No Brasil, o modelo de assistência psicossocial em saúde mental é uma realidade legitimada por lei e pela PNSM. A expansão de RAPS e o significativo

aumento dos CAPS, como estratégico na articulação desta rede, possibilitam o acesso e o cuidado baseado no respeito aos direitos e no exercício da cidadania (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

As mudanças ocorridas e que ainda ocorrem no modelo de atenção em saúde mental e a inserção de novos atores nos serviços de saúde mental, alterou a lógica de organização do trabalho dos profissionais, para além dos espaços hospitalares. Sendo assim, é necessário direcionar as práticas dos profissionais, segundo o modelo psicossocial, que valoriza as características interdisciplinares (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011), pautado na responsabilidade profissional e no vínculo terapêutico estruturado para atender a integralidade do sujeito, na promoção da reabilitação psicossocial e garantia os direitos de cidadania (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Entretanto, os profissionais que atuam na área de saúde mental, em sua maioria, são jovens, com pouco tempo de conclusão da graduação e possuem restrita experiência na área de saúde mental, com raras exceções (SILVA *et al.*, 2013, ALMEIDA; FUREGATO, 2015).

Além disso, destaca-se que o modelo de formação pelo qual esses profissionais passaram ainda está centrado no paradigma biomédico, na centralidade dos sintomas, no reducionismo terapêutico. Apresentam muitas dificuldades no cuidado integral e na escuta qualificada, precisando para integrar essa lógica de uma formação diferenciada (HIRDES; SCARPARO, 2015).

O fato de terem pouco tempo de conclusão do curso de graduação e restrita experiência na área da saúde mental compromete a resolutividade da intervenção psicossocial e gera mais sofrimento tanto ao paciente quanto ao profissional (SILVA *et al.*, 2013, ALMEIDA; FUREGATO, 2015, HIRDES; SCARPARO, 2015).

Desta forma, para consolidação do movimento da Reforma Psiquiátrica é necessário implantar serviços da RAPS e, além disso, investir estrategicamente na educação permanente dos trabalhadores do SUS, a despeito de se restringir ao campo da teoria, das políticas, sem alcançar a prática e, a realidade do dia a dia (ZEFERINO *et al.*, 2016).

O processo de formação não se encerra com a graduação, portanto transcorre durante toda a vida, dentro e fora do ambiente de trabalho. Nesse sentido, a formação em saúde exige mudanças para formar profissionais capazes de

abordar o processo saúde-doença de forma ampliada e trabalhar em equipe (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Verifica-se, portanto a necessidade de impulsionar o ensino profissional de modo que o perfil do trabalhador seja voltado para a integralidade do cuidado e de proporcionar permanente reestruturação de seus conhecimentos a partir da problematização e demandas internas sob a lógica da EPS (MICCAS; BATISTA, 2014).

Para isso, tornar-se necessário construir processos de formação profissional que considerem a experiência emocional, técnica e conceitual para que, também, seja desenvolvida a sensibilidade para estar com o outro e seu sofrimento, assim como, para trabalhar em conjunto (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

O referencial da Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe inovações na formulação de propostas pedagógicas para a qualificação dos profissionais ao superar a formação tradicional dos trabalhadores que ainda é realizada de forma fragmentada e especializada para lidar com os saberes. Essas formações tradicionais são elaboradas em função de políticas e programas específicos e a partir do que cada área técnica, em nível central, identifica como problemas a serem resolvidos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

A formação convencional é uma proposta conhecida como Educação Continuada e a Educação Permanente como prática inovadora, apesar de que no interior de ambas é possível identificar semelhanças e influências de práticas tradicionais na saúde, como capacitações e cursos de atualizações. Todos os dois conceitos consideram a necessidade das pessoas se formarem ao longo de toda a vida (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

A formação tradicional segue com a linha das capacitações, entendidas como prescrições de habilidades, comportamentos e perfis dos trabalhadores considerando seu melhor modo de atuação. Nessa lógica, o conhecimento é descontextualizado e baseado na transmissão de informações e condutas a serem seguidas por meio de protocolos (CECCIM, 2005, CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

A Educação Continuada teria finalidades restritas à atualização e aquisição de novas técnicas e conhecimentos para melhorar a competência dos profissionais como um atributo e uma responsabilidade individual. Ressalta-se que o domínio de conhecimentos e habilidades é importante, mas, insuficiente para a mudança de

práticas. Além disso, a Educação continuada desconsidera a perspectiva de equipe, por ser direcionada a categorias profissionais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Na Educação Continuada, o modelo pedagógico está centrado na transmissão de conhecimentos e no ambiente da sala de aula. Em cursos de atualização ou capacitação, são aplicados os conhecimentos (acadêmicos) descontextualizados da prática e desconectados da solução dos problemas cotidianos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013) .

Nessa lógica, as capacitações se mostram ineficazes para viabilizar a incorporação de novos conhecimentos às práticas profissionais porque trabalham de maneira descontextualizada e se baseiam na transmissão de conhecimentos. Desta forma, capacitam-se profissionais que ao retornarem aos seus serviços não conseguem aplicar o que aprenderam ou constatarem que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta (CECCIM, 2005, LEMOS, 2016).

A EPS propõe inovações nos seguintes sentidos: incorporação do ensino aprendizagem nos serviços de saúde, alteração das estratégias educativas, reconhecimento da prática como fonte de conhecimento, problematização do fazer, entendimento dos sujeitos como ator reflexivo e construtor do próprio conhecimento; abordagem em equipe e não por categorias profissionais (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

No entanto, muitas ações pontuais, fragmentadas, com metodologias tradicionais e verticalizadas de ensino, conduzidas por especialistas com pouca ou nenhuma conexão com a realidade dos locais ainda são entendidas como EPS (MICCAS; BATISTA, 2014, BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005, p.161).

Sendo assim, o fundamento da EPS tem contribuído de modo criativo, para reinventar as abordagens pedagógicas e metodológicas predominantes em saúde. Para isso a EPS considera a necessidade de que a metodologia seja

problematizadora e a aprendizagem seja significativa. A aprendizagem significativa se refere à construção de sentidos para o objeto do conhecimento e para isso deve se relacionar com o conteúdo prévio do aluno, para que este interaja com a cultura de forma ativa para construção do conhecimento (CECCIM, 2005, CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Ressalta-se que a EPS considera o desafio de integrar os problemas levantados pelas áreas técnicas especializadas com o contexto singular de cada região, equipe ou serviço. Assim, evita-se o modelo taylorista de treinamento dos profissionais ao planejar estratégias pedagógicas. Com a metodologia problematizadora, um facilitador deve levar os profissionais a tomar consciência do problema e neles se reconhecerem, para que possam elaborar formas de ação, por meio do acesso ao conhecimento necessário (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

A identificação e a vivência dos “desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho” são condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática. Eles precisam perceber que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. A disposição para produzir alternativas de mudança surge após o desconforto e a problematização dos conceitos e práticas existentes. (CECCIM, 2005).

Essa consideração é fundamental porque o processo de formação conforma tanto os processos de cognição quanto de subjetivação, porque os profissionais adquirem conhecimento e, ao mesmo tempo, produzem-se como sujeitos. Por isso, estratégias de produção de conhecimento de sujeitos acríticos e passivos tendem a ineficiência porque eles se apropriam de um conhecimento transmitido com uma suposta neutralidade e, a depender da realidade de aplicação, a sua ação permanecerá repetindo os mesmo problemas e contradições pela falta de contextualização e singularidade. Por outro lado, sujeito críticos, criativos e comprometidos com a coletividade tendem a se mobilizar e intervir na realidade para transformá-la (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Para Ceccim (2005), EPS pode corresponder à Educação em Serviço, porque considera a possibilidade de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

O cerne de um grande novo desafio para a educação permanente é se construir no cotidiano dos serviços de saúde uma proposta pedagógica que produza nos profissionais uma auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho. E isto não é nada óbvio ou transparente (MERHY, 2005).

Outra importante característica da EPS é considerar sempre o trabalho coletivo, equipes multiprofissionais, lógicas apoiadoras e de fortalecimento uns dos outros para a qualidade do trabalho e para atender a complexidade de muitas situações inerentes ao setor saúde (CECCIM, 2005).

Assim, o processo de EPS só é possível quando está interligado à problematização e à articulação em equipe para favorecer a tomada de decisão coletiva como estratégia de superação das dificuldades. Essa forma favorece a divisão de responsabilidades e, portanto, o desenvolvimento de co-gestão (MICCAS; BATISTA, 2014).

Nesse sentido, além da frequência com que as atividades são desenvolvidas e do espaço em que isto ocorre, a magnitude da educação permanente em saúde constitui-se em seu caráter transformador da realidade dos serviços e das necessidades da população como prática fecunda de produção de saberes e novos conhecimentos. Baseando-se na problematização das questões reais e cotidianas, busca-se a transformação das práticas e das realidades vivenciadas (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017, p. 8).

Lemos (2016) considera, entretanto, que a EPS não é somente uma questão metodológica para levantamento e resolução de problemas do serviço, critica o reducionismo à valorização do saber aplicável aos serviços e considera que os métodos ditos problematizadores não são as únicas possibilidades de uma formação diferenciada. Assim, considera importante uma educação intelectualmente ampliada, no sentido de favorecer a compreensão do trabalho e de suas contradições, muitas vezes com a transmissão de conteúdos/conhecimentos elaborados.

O Brasil possui uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS e pretende promover transformações nas práticas do trabalho com base em reflexões críticas e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. Isso através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços e comunidade (BRASIL, 2004).

Assim, vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, a EPS é também uma estratégia de gestão

da qualidade do cuidado e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.

Entretanto, vale a consideração de que os fundamentos da PNEPS são limitados por, muitas vezes, não considerar as condições estruturais que impactam o SUS e dar grande peso ao sujeito/trabalhador como elemento de mudança (LEMOS, 2016).

Vários trabalhos apontam dificuldades de infraestrutura material, de gestão e de recursos humanos para desenvolver ou continuar multiplicando e aplicando a educação permanente, crescente especialização e dependência de tecnologias mais sofisticadas, predomínio da formação hospitalar, compartimentalização por categorias profissionais em relação a treinamentos, capacitações e reuniões. Além disso, outro fator limitante para implementação da EPS é a falta de articulação entre ensino-serviço--comunidade (MICCAS; BATISTA, 2014).

Uma dificuldade está relacionada a própria compreensão ampliada da EPS, entre os trabalhadores, o que poderia contribuir com desenvolvimento de mecanismos de pressão aos órgãos gestores e das instâncias deliberativas (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Outra dificuldade a considerar é que a educação dos trabalhadores pode ser um mecanismo de formação de meros executores de procedimentos, pouco comprometidos com o SUS e com as transformações sociais, a depender de como seja estruturada e desenvolvida (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Portanto, vale destacar a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde mental considerando que ainda há dificuldade em desenvolver uma assistência que seja psicossocial e que considere os avanços da Reforma Psiquiátrica muito em decorrência de falta de formação e capacitação específica visando a melhoria da qualidade das práticas assim como dos registros dos procedimentos (MIELKE *et al.*, 2009, GAMA, 2012, SILVA, 2012, ALMEIDA; FUREGATO, 2015, HIRDES; SCARPARO, 2015, SILVA *et al.*, 2015, RODOVALHO; PEGORARO, 2016, ZEFERINO *et al.*, 2016, ALVES *et al.*, 2017, ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017, TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Considera-se que os processos de educação permanente para capacitação das equipes e serviços precisam ser planejados e desenvolvidos de forma articulada e de acordo com os princípios da atenção psicossocial para garantir a consolidação do modelo e de sua continuidade e sustentabilidade política, cultural e técnica

(MÂNGIA, 2009, SILVA, 2012).

O desenvolvimento do processo de EPS nos CAPS está descrito em etapas, no capítulo a seguir.

4 – CAMINHO METOLÓGICO

4.1 – Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de natureza qualitativa, por ser uma ação metodológica que comporta a heterogeneidade e que considera as relações entre os sujeitos (que acompanham e que são acompanhados), o lugar dos métodos e das técnicas nos processos de pesquisa, e a conformação de um grupo potencial para mudanças (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

A pesquisa-intervenção amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, propondo uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. Na pesquisa-intervenção, a relação pesquisador/objeto pesquisado é dinâmica e determinará os próprios caminhos da pesquisa; a produção é do grupo envolvido; recusa-se a neutralidade do analista/pesquisador e a intervenção evidencia que pesquisador/pesquisado, ou seja, sujeito/objeto fazem parte do mesmo processo. Assim, este tipo de pesquisa viabiliza a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializa a produção de um novo pensar/fazer educação (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Moreira (2008) destaca dois princípios que norteiam a pesquisa intervenção: a consideração das realidades sociais e cotidianas e o compromisso ético e político da produção de práticas inovadoras. Para tanto, algumas características precisam ser consideradas: as intervenções devem acontecer no contexto pesquisado; devem ser desencadeadas pela demanda, contribuir na solução de problemas; o pesquisador deve atuar como mediador que articula, organiza encontros, sistematiza as vozes e os saberes produzidos pelos sujeitos envolvidos na pesquisa; deve agir num processo de escuta ativa de forma que as experiências cotidianas e práticas do coletivo, quando sistematizadas, permitam descobertas e elaborações teórico metodológicas.

A natureza qualitativa da pesquisa é em decorrência da subjetividade e complexidade da atenção em saúde mental, das tecnologias leves envolvidas nesse contexto e da própria abordagem psicossocial. A natureza qualitativa está voltada para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde existentes nos programas e serviços. Assim, propõe desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade das dimensões que escapam às expressões numéricas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

4.2 – Cenário do estudo

O estudo foi realizado em sete CAPS de três municípios do Estado de Goiás, habilitados pelo Ministério da Saúde há mais de dois anos e selecionados, por meio de sorteio. Como os municípios sorteados possuíam mais de um CAPS, ambos os serviços foram incluídos no estudo. Os três municípios incluídos possuem CAPS de diferentes tipos, sendo: Rio Verde (CAPS II e AD), Anápolis (CAPS II, AD e Infantil), Aparecida de Goiânia (CAPS III e AD III).

A escolha por serviços de diferentes municípios foi pela possibilidade de encontrar aspectos diferenciados, considerando as características do quantitativo populacional dos municípios, as diferentes atividades realizadas em cada um dos tipos de CAPS e as características regionais.

O Estado de Goiás possui uma população de 6.523.222 habitantes e 61 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde até o momento da coleta de dados, sendo 34 CAPS I, 14 CAPS II, um CAPS III, três CAPS infantis, sete CAPS AD e dois CAPS AD III; o que corresponde a uma cobertura de 0,69 por 100.000 habitantes. Este cenário apresenta o momento atual da implantação de CAPS da RAPS do Estado de Goiás (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

4.3 – Sujeitos do estudo

Participaram do estudo 58 profissionais vinculados aos CAPS que realizavam algum tipo de atendimento nos respectivos serviços. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ter nível superior completo, atuar no CAPS a pelo menos seis meses e estar em exercício profissional na ocasião da coleta de dados, excluindo consequentemente aqueles que estavam em afastamento oficial do serviço, como férias e licença; e os profissionais que não possuíam disponibilidade de tempo para participar das três etapas da coleta de dados.

4.4 – Coleta de dados

4.4.1 – Contato com o campo de pesquisa

Como primeira aproximação, foi realizada uma reunião com os pesquisadores do presente estudo e a Gerência de Saúde Mental vinculada a Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GSM/SPAIS/SES-GO). Tal reunião objetivou apresentar a proposta central da investigação, o vínculo com outros estudos semelhantes em desenvolvimento no Brasil, seus objetivos e resultados esperados assim como a contribuição do estudo para a comunidade científica e gestão dos CAPS. A realização do estudo foi pactuada como meta de trabalho junto à GSM/SPAIS/SES-GO e solicitado o apoio logístico da gestão estadual para a coleta de dados.

Esse contato com a gestão estadual desde a proposição da investigação se deve à consideração de Patton (1997) de que a garantia da utilização do conhecimento produzido nas pesquisas avaliativas será o envolvimento dos potenciais usuários, ou interessados, em todo processo avaliativo. Ainda, do ponto de vista da gestão, quanto mais próximo o avaliador estiver do gestor, maior a possibilidade de utilização dos resultados no aperfeiçoamento da gestão (VIEIRA-DASILVA, 2014).

Após o projeto após ser aprovado pelo Comitê de Ética, o contato com os serviços contemplados pela pesquisa foi facilitado com apoio logístico da GSM/SPAIS/SES-GO.

Vale salientar que, no momento da coleta de dados a pesquisadora atuava como Gerente na GSM/SPAIS/SES-GO e esta condição foi avaliada antecipadamente, mesmo considerando que esta pesquisa tem também um caráter de intervenção. Como a atuação da gerência tem importante papel de apoio institucional nos municípios e equipes envolvidas, e não de fiscalização, percebeu-se que o fato de estar gerente não inibiria os participantes e, pelo contrário, a confiança no trabalho da pesquisadora foi um facilitador para a coleta de dados.

4.4.2 – Dinâmica e registro da coleta de dados

Considerando a característica de intervenção da pesquisa, a coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2016, em três etapas esquematizadas na Figura 1.



Figura 1. Representação esquemática das etapas de coleta de dados. Goiânia-GO, 2016.

- **Etapa 1 – Requerimento do consentimento ético e realização dos grupos focais**

A primeira etapa da pesquisa teve como objetivo coletar dados relacionados à compreensão que os profissionais tinham sobre os três instrumentos de registro de procedimentos dos CAPS, sistematizados pelo Ministério da Saúde, e como eles utilizavam os respectivos instrumentos: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Tais instrumentos e procedimentos estabelecidos na Portaria MS 854/2012, nortearam a coleta de dados e constam como Anexos 1, 2 e 3.

Após fazer contato com todos os coordenadores de saúde mental dos municípios, as datas para a coleta foram agendadas com os coordenadores responsáveis por cada um dos CAPS.

Para realizar a coleta de dados, no período de março a maio de 2016, conforme o agendamento, os pesquisadores se deslocaram até os municípios. Ao chegar aos CAPS, toda a equipe foi reunida em espaços que comportassem os profissionais em formato de roda para favorecer a visualização uns pelos outros.

Os aspectos éticos da pesquisa foram explanados para os participantes e, na sequência, realizamos um grupo focal. A coordenação dos grupos focais foi feita pela autora desta tese com o auxílio de um roteiro com questões norteadoras sobre o entendimento e a utilização dos instrumentos de registro dos procedimentos dos CAPS, pelos profissionais (Apêndice A).

O grupo focal compreende uma técnica de coleta de dados em que a principal característica é a utilização da interação grupal para produzir dados e insights de forma mais acessível. No grupo focal, não se busca o consenso e sim a pluralidade de ideias a partir de questões disparadas pelo pesquisador, que assume o papel de moderador e que pode explorar a melhor compreensão das respostas dos participantes do grupo (MORGAN, 1997).

Cada grupo teve duração de 45 minutos, em média, e contou com a colaboração de um pesquisador auxiliar, técnico da GSM/SPAIS/SES-GO para fazer observação e registro de informações que achavam pertinentes em diário de campo. Além das informações do diário, os dados foram registrados por meio de gravação de áudio em gravadores digitais.

Após a realização do grupo, a pesquisadora fez orientações e esclarecimentos sobre dúvidas e questionamentos relacionados aos conceitos dos procedimentos de CAPS descritos na Portaria MS 854/2012 surgidos durante a coleta de dados.

- **Etapas 2 – Educação Permanente sobre o processo de trabalho e registro das informações em CAPS**

A Educação Permanente foi relacionada ao processo de trabalho e registro das informações em CAPS envolvendo as etapas 2 e 3.

A etapa 2 consistiu na realização do I Seminário sobre Monitoramento e Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial do Estado de Goiás, no mês de junho de 2016.

Os dados da Etapa 1 subsidiaram o planejamento do conteúdo a ser trabalhado no Seminário, considerando que, nos grupos focais, os profissionais já mencionaram ausência de capacitação e apontaram limitações no conhecimento sobre os instrumentos e procedimentos.

Este Seminário veio ao encontro de uma demanda da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/DAET/MS) que oficiou alguns municípios do Estado de Goiás sobre a inexistência de informações relacionadas ao trabalho desenvolvido nos CAPS no SIA-SUS. Essa inexistência de informações sobre o CAPS é um dificultador para a gestão do serviço por ser motivo para suspensão de recursos ou desabilitar o serviço.

Sendo assim, o Seminário teve como objetivo informar e orientar os participantes com o intuito de orientar sobre a concepção, significado e importância da avaliação da qualidade de serviços de saúde, além de discutir aspectos conceituais e operacionais dos instrumentos de registro e de cada procedimento de CAPS.

O Seminário foi operacionalizado pela equipe da GSM/SPAIS/SES-GO e contou com a participação de profissional com expertise na área de avaliação de serviços e de uma consultora da CGMAD/DAET/MS.

Considerando a oportunidade de divulgar as informações relacionadas ao monitoramento e avaliação de serviços e a premente necessidade de qualificar os registros dos procedimentos de CAPS pelos profissionais, foi oportunizada a participação de profissionais dos demais CAPS do Estado de Goiás. Assim, participaram do seminário, além dos profissionais dos serviços incluídos neste estudo, todos os outros interessados na temática.

A sua realização foi no Auditório do Conselho Estadual de Saúde de Goiás, com duração de 8 horas, contou com a participação de 134 profissionais de diversos municípios do Estado de Goiás, além dos vinculados à gestão estadual de Redes de Atenção, de Saúde Mental e da área de auditoria e processamento de dados.

Ao longo das discussões foram destacados importantes aspectos conceituais e operacionais dos instrumentos de registro utilizados nos CAPS (Anexos 1, 2 e 3) e de cada procedimento conforme descrição no Quadro 1.

A orientação sobre os instrumentos foi fundamental porque havia desconhecimento dos mesmos, principalmente, do BPA-C e BPA-I. Além disso, foram discutidos cada procedimento no sentido de ampliar o entendimento e interpretação das definições.

As discussões e reflexões geradas ao longo do Seminário foram registradas em diário de campo para auxiliar a análise dos dados.

- **Etapas 3 – Oficinas sobre procedimentos de CAPS e elaboração de Projeto Terapêutico Singular**

A Etapa 3 foi realizada após dois meses da Etapa 2, entre agosto e outubro de 2016. Essa etapa consistiu na realização de oficinas sobre elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) tendo como base as possibilidades de procedimentos de CAPS estabelecidos na Portaria MS nº 854/2012.

Compreendendo o PTS como ferramenta para sistematizar o cuidado psicossocial e as descrições dos procedimentos do CAPS como uma possibilidade de auxiliar na proposição de intervenções junto ao usuário, as oficinas foram planejadas para discutir a elaboração do PTS e, ao mesmo tempo, dar outra funcionalidade para a atitude de registro para além das questões meramente burocráticas.

As oficinas foram operacionalizadas, nos municípios envolvidos na primeira etapa, pela pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa com formação nas áreas de saúde mental e educação permanente.

Conforme necessidade e disponibilidade da gestão municipal, as oficinas foram realizadas nos próprios CAPS individualmente ou as equipes de todos os serviços do município eram reunidas em um único espaço. Nos municípios em que a oficina foi realizada com a presença de mais de um serviço, os participantes foram divididos em grupos por, CAPS.

Durante cada oficina, os participantes, em grupo, foram convidados a escolher casos de usuários atendidos ou em atendimento nos CAPS. Foram orientados que a escolha do caso fosse baseada na dificuldade que eles tiveram para conduzir o tratamento do caso ou na eficiência dos resultados alcançados.

Feitas as escolhas dos casos, a pesquisadora solicitou que eles descrevessem cada caso e o PTS que já haviam elaborado. Na sequência, foram feitos os seguintes questionamentos:

- Na prática do CAPS, como vocês constroem o PTS de cada usuário?
- Compartilhem o caso e as ações realizadas e ou planejadas no PTS deste usuário?
- Relacionem as ações realizadas e ou planejadas no PTS deste usuário com os procedimentos de CAPS descritos na Portaria MS nº 854/2012.

A medida que os participantes descreviam e respondiam o último questionamento, solicitando a relação planejada no PTS com o registro do procedimento, a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa iam relacionando as ações aos procedimentos de RAAS, BPA-I e BPA-C correspondentes. Para isso, utilizaram como recurso visual a construção de uma flor onde cada pétala indicava um procedimento, o número do procedimento e o instrumento de registro com a descrição no verso. A Figura 1 ilustra esse recurso utilização nas oficinas.

Muitas vezes, os profissionais não conseguiam relacionar a ação com o

procedimento e as pesquisadoras faziam a relação informando e esclarecendo a definição do procedimento.

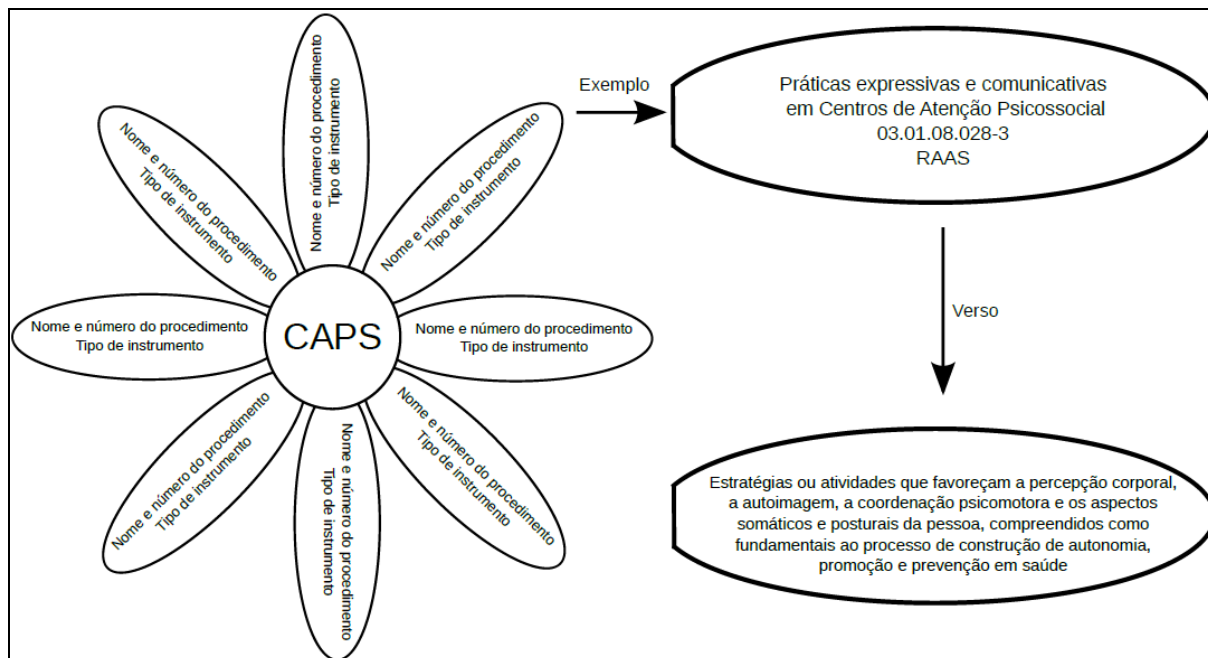


Figura 2. Esquema da flor com pétalas contendo o nome e número de cada procedimento, tipo de instrumento de registro e descrição no verso. Goiânia-GO, 2016.

Após a apresentação de cada grupo, era feita a discussão do projeto terapêutico e os esclarecimentos sobre o registro dos procedimentos de RAAS e BPA-C e BPA-I. Esse momento era oportuno para os participantes verificarem que muitas ações eram passíveis de registros, que não estava sendo feitos e vislumbrar mais e melhores intervenções no caso, além de compreender a importância do registro.

Também, nesta etapa todas as falas foram registradas com o auxílio de gravadores digitais para posterior transcrição e análise, além do registro fotográfico das flores originadas das discussões.

4.5 – Análise dos Dados

Os dados foram transcritos na íntegra por uma aluna do grupo de pesquisa e pela autora desta tese.

Para analisar os dados obtidos por meio das transcrições dos áudios e diário de campo, utilizou-se o referencial da análise temática de conteúdo conforme propõe Bardin (2010), com o auxílio do ATLAS.ti 6.2, que consiste em um *software* de análise de dados qualitativos (SILVA, 2012).

A análise de conteúdo foi organizada em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados (BARDIN, 2010).

O procedimento de análise temática de conteúdo com a utilização do software ATLAS.ti está ilustrado na Figura 1.

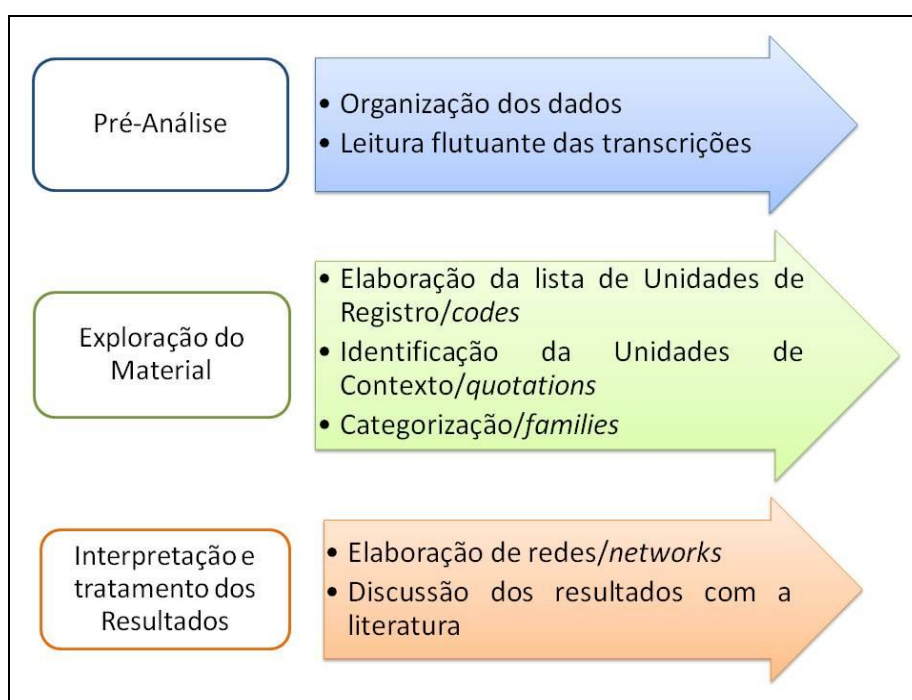


Figura 3. Procedimentos para análise qualitativa segundo Bardin (2010) com a utilização do software ATLAS.ti 6.2. Fonte: SILVA, 2012.

A fase de *pré-análise* consistiu na organização e leitura das transcrições das entrevistas (BARDIN, 2010). Os registros foram lidos inúmeras vezes, visando maior reflexão acerca do conteúdo obtido. Esta fase possibilitou a identificação de aspectos referentes ao objeto de pesquisa demonstrados nos dados coletados.

Para seguir a etapa de *exploração do material*, procurou-se identificar palavras e frases que tinham maior frequência de citação e que pudessem ser agrupadas por semelhanças de sentido (BARDIN, 2010). Tal processo deu origem às *unidades de registro*. No ATLAS.ti, as unidades de registro são os *codes*.

As entrevistas foram codificadas de forma a descobrir as *unidades de contexto* que compõem a comunicação, trecho de falas, relato e cuja frequência de aparição

pode apresentar alguns significados com o objetivo analítico escolhido. As unidades de contexto são as *quotations* no ATLAS.ti.

Após a codificação, com o auxílio da construção de redes de relações entre as unidades de registro/*codes*, foi possível categorizar em razão de características comuns destes elementos, com a finalidade de condensar as unidades de contexto/*quotations* cuja aproximação favorece o entendimento (BARDIN, 2010). As categorias e subcategorias construídas nos ATLAS.ti são as *families*.

As categorias foram analisadas e discutidas com base nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e na literatura especializada sobre o tema em bases de dados e na experiência da pesquisadora.

4.6 – Procedimentos ético-legais

Para assegurar que os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado fossem atendidos, o projeto foi protocolado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE 52559216.3.0000.5078) (ANEXO 4). Todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos foram orientadas segundo a Resolução Nº 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012c)

Cada sujeito participante foi devidamente esclarecido e firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias. Neste o pesquisador se comprometeu em garantir o anonimato ao participante e assumir o compromisso de total sigilo sobre as informações coletadas se dispondo a obedecer a resolução da CONEP referida e seus complementares. Houve o compromisso de utilizar os dados somente para fins previstos no protocolo e publicar os resultados no meio científico sejam eles favoráveis ou não.

Como questão ética, foi feito um contrato entre a pesquisadora e os participantes de que os casos exemplificados durante a coleta de dados não seriam divulgados em momento algum, sendo importante apenas para realização da técnica.

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e apresentação dos resultados teve como foco a participação dos profissionais durante as etapas da coleta de dados e serão apresentados em ordem cronológica dos acontecimentos.

As categorias temáticas e subcategorias que emergiram da análise de conteúdo foram:

- Categoria 1 – Processo de registro dos procedimentos de CAPS.
 - Compreensão sobre o registro de procedimentos de CAPS.
 - Manejo dos registros em CAPS.
 - Fatores intervenientes para registrar os procedimentos de CAPS.
 - Aspectos facilitadores nos registros de procedimentos em CAPS.
- Categoria 2 – O Projeto Terapêutico Singular entre aspas.
 - Atividades do Projeto Terapêutico Singular.
 - Reflexo da lógica ambulatorial no Projeto Terapêutico Singular.
- Categoria 3 – Qualificação do PTS por meio do entendimento dos registros e vice-versa.
 - Aprendendo sobre registros de procedimentos de CAPS.
 - O significado dos procedimentos e sua inserção numa linha de cuidado em Saúde Mental.

5.1 – Categoria 1 – Processo de Registro dos Procedimentos em CAPS

O processo de registro dos procedimentos se refere à compreensão e percepção dos profissionais sobre o modo operacional de realizar o registro dos procedimentos nos CAPS, foco do estudo.

As subcategorias contemplam resultados dos grupos focais realizados na primeira etapa da coleta de dados sobre o que os profissionais compreendem e como manejam os instrumentos.

5.1.1 – Compreensão sobre o registro de procedimentos de CAPS

A compreensão que os participantes têm é que os instrumentos de registros dos procedimentos dos CAPS são fichas para registrar as ações desenvolvidas em um CAPS, para fins de prestação de contas do que é produzido pelos profissionais e associado ao repasse financeiro de custeio do serviço.

No quadro 2 são apresentadas as unidades de registro incluídas nesta subcategoria, ilustradas por algumas unidades de contexto.

Quadro 2. Compreensão sobre o registro de procedimentos de CAPS. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Conhecimento	O RAAS é uma ficha onde consta a produção do profissional e as ações realizadas no CAPS, o atendimento individual e se ele foi efetivo. Existe um código que corresponde à produção realizada naquela unidade. (CAPS2 P7).
Repasse recursos financeiros associados à produtividade	Porque existe o pagamento pelas ações e o registro vai facilitar a ampliação do serviço; porque todo serviço vive de custo de repasse. (CAPS4 P5) Serve para fazer o registro das informações, alimentar o sistema de informação, cumprindo o papel do município de prestação de contas também. Demonstra que o serviço está sendo realizado. (CAPS2 P9) Isso é necessário para comprovar e para a gente poder receber recursos para adquirir demandas para o CAPS. Pode ser benefício para o usuário. Se eu precisar de material para música, precisar de material para trabalho na piscina, ou de repente para ampliar uma sala... sei como funciona isso. (CAPS7 P11)
Monitoramento da produtividade	Para que não fique só uma coisa empírica. Serve para mostrar que aqui no CAPS não é só "servir chazinho". Então, para dados estatísticos é importante! E, também, para dizer: Nós trabalhamos e nós realizamos essas e essas ações, mas precisa ser melhorado isso! Ou substituído. (CAPS7 P8)
A percepção do instrumento de registro	Tinha que ter um instrumento que atendesse nossa demanda porque atendimento ambulatorial é muito diferente da nossa atenção psicossocial do CAPS. É como se tivesse que encaixar: "a coisa não é daqui, mas vamos encaixar, vamos dar um jeito!" (CAPS5 P9). A sensação que passa é de que meia dúzia de código é o suficiente para responder sobre a nossa produção! A coisa bem ambulatorial mesmo! (CAPS7 P1)

	Para haver compreensão do que a gente faz tem que haver imersão da gestão no serviço, do pessoal que exige isso, para entender como funciona, para poder elaborar um instrumento mais eficaz. (...) Até porque quem fez essa questão da RAAS não conhece a nossa realidade do CAPS, não tem essa compreensão. Por isso é que tem essas falhas, falta de código (CAPS1 P2).
--	--

Mesmo compreendendo o instrumento como a possibilidade existente para registro da produção dos profissionais nos sistemas de informação, o benefício no preenchimento percebido pelos participantes desse estudo está relacionado às melhorias na estrutura, seja na ampliação do serviço ou na aquisição de materiais para a realização das atividades terapêuticas.

Essa compreensão é equivocada porque o valor do custeio dos CAPS está estabelecido em Portarias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2013a), independe da produção dos profissionais destes serviços. Assim, a existência do registro está posto para justificar os procedimentos desenvolvidos nos serviços.

O registro dos procedimentos não se configura somente para controle interno e/ou para facilitar a digitação. Entretanto, os profissionais, ao entender os registros apenas como meio para sistematizar a prestação de contas do recurso financeiro que é repassado aos municípios e ou evidenciar a produção deles no CAPS e, não necessariamente, as ações desenvolvidas junto aos usuários, desconsideram a possibilidade de ampliação da lógica de atuação e de validação das ações e informações dos serviços.

No entanto, é compreensível a percepção dos participantes visto que tradicionalmente no contexto do SUS, os SIS são desenvolvidos mais pelas necessidades do uso da informação para as práticas de gestão, do monitoramento das situações de saúde, para o controle da produtividade e repasse de recurso financeiro das ações e eventos, quando comparado a sua utilização na assistência direta ao usuário do SUS (SANTOS *et al.*, 2014, GAVA *et al.*, 2016).

Os profissionais acreditam, muitas vezes, que a estrutura de trabalho pode ser melhorada se eles produzirem mais, do ponto de vista quantitativo, porque o valor do custeio pode ser aumentado. Essa percepção ainda é reforçada pelos gestores que direciona seu foco mais para a produtividade até como uma forma de se manter empregado, considerando a precariedade dos vínculos empregatícios.

Em muitos CAPS evidencia-se certo processo de sucateamento de suas

condições de funcionamento, carência prolongada e contínua de recursos materiais e humanos, precarização das relações de trabalho e os profissionais veem-se frequentemente sobrecarregados, assumindo tarefas não diretamente ligadas às suas funções e realizando atividades de forma mecanizada, sem observar as reais necessidades de saúde e sociais da clientela (RÉZIO; OLIVEIRA, 2010, FIORATI; SAEKI, 2013, CAVALCANTE *et al.*, 2014, TRAPÉ; CAMPOS, 2017). Associado a isso, os relatos evidenciam a falta de compreensão da forma de custeio dos serviços faz com que a responsabilidade pelas melhorias na estrutura dos serviços recaia sobre os profissionais.

Considerando o conceito de avaliação de qualidade de Donabedian, a qualidade da estrutura dos serviços é uma responsabilidade de gestão e implica diretamente na qualidade do processo de trabalho que será desenvolvido nos CAPS, já que a tríade Estrutura-Processo-Resultado só fará sentido se houver causalidade entre eles (DONABEDIAN, 1992). Para tanto, é fundamental que profissionais e usuários compreendam a forma de repasse financeiro para o CAPS, no sentido de favorecer o controle social.

O registro dos procedimentos também é compreendido como a possibilidade de monitoramento da produção dos profissionais e, assim, dar visibilidade do trabalho que é desenvolvido nos CAPS. Outra percepção que os profissionais têm sobre os instrumentos é que o registro dos procedimentos não corresponde à realidade do trabalho nos CAPS porque muitas das ações que desenvolvem não são passíveis de registro, considerando a característica e o volume de tecnologias leves que são demandas no cuidado psicossocial ou por entenderem que apenas os procedimentos de característica ambulatorial são registrados.

A percepção da baixa correspondência dos registros das ações e o processo de trabalho desenvolvido no CAPS pode estar relacionada ao distanciamento dos diferentes níveis de gestão do SUS quanto ao trabalho que é desenvolvido nesses serviços. Muitos SIS são desenvolvidos seguindo normas administrativas, interesses de gestão e políticas de saúde, muitas vezes, distantes das necessidades dos serviços e profissionais de saúde (GAVA *et al.*, 2016), entretanto o que se percebe nos CAPS é a pouca compreensão dos profissionais sobre aspectos relacionados aos registros de procedimentos, desde a apropriação dos aspectos que compõem os instrumentos.

Por isso, os profissionais sentem que há uma desvalorização do trabalho que é desenvolvido nos serviços por ser este centrado, principalmente, em tecnologias leves e acreditam que o registro pode evidenciar e valorizar as ações que são desenvolvidas. Há uma desvalorização das tecnologias leves em virtude da leve-duras e duras (MERHY, 2002).

Todavia, os participantes mencionaram apenas a utilização do instrumento de RAAS, evidenciando desconhecimento do BPA-I e BPA-C, e fizeram alguns apontamentos equivocados sobre a funcionalidade dos registros como, por exemplo, a avaliação da efetividade do cuidado dispensado e ou evolução do caso.

Em função de muitas ações serem relacionais e de articulação com o território, os profissionais têm a compreensão de que não são passíveis de registro e, por isso, têm a percepção de que os procedimentos passíveis de registro não contemplam o processo de trabalho na lógica psicossocial.

Atualmente, o indicador adotado para fins de monitoramento pelo Ministério da Saúde são as Ações de matriciamento sistemáticas realizadas em CAPS com equipes de Atenção Básica e o instrumento que alimenta o registro do procedimento “Matriciamento de Equipes da Atenção Básica” é o BPA-C. Considerando os relatos dos profissionais, a análise desse indicador, por exemplo, pode ficar comprometida porque foi evidente que os profissionais não têm registrado os procedimentos em BPA-C, apontando um diagnóstico situacional de subnotificação do registro.

5.1.2 – Manejo dos registros em CAPS

Os manejos dos registros se referem ao modo como tem sido operacionalizado o registro dos procedimentos nos CAPS, relacionado com o conhecimento e habilidade que os profissionais possuem para desenvolver esta atribuição.

O quadro 3 mostra as unidades de registro da subcategoria, ilustradas por algumas unidades de contexto.

Quadro 3. Manejo dos registros em CAPS. Goiás, 2016.

Unidades de Registro	Unidades de Contexto
Subnotificação	E falar assim: vamos fazer o registro para todos os atendimentos? Isso é irreal, não acontece! Ela não consegue alcançar e nem medir a dimensão do trabalho que é feito. (CAPS2 P5) Porque a RAAS me fez pensar. Quando eu entrei no CAPS eu percebi que a gente fazia muito mais do que estava no papel, no registro da nossa produção, da nossa produção diária mesmo o que estava sendo registrado (CAPS1 P2).
Ausência de registros	O instrumento busca a atividade feita fora do CAPS, a princípio eu pensava que era a produção somente dentro do CAPS. (CAPS4 P3) Muitas atividades do dia-a-dia que a gente faz e que não são registradas. Intervenções em caso de crise, uma intervenção pessoal, uma orientação familiar (CAPS2 P3)
Impossibilidade de registros	Um telefonema (a gente às vezes fica 10 minutos no telefone dando orientações e conversando). E é um atendimento! Então assim, nada disso é registrado, mostrando que a RAAS também não atende a necessidade do serviço. (CAPS6 P9) Parece que busca ativa não tem, mas visita domiciliar tem! Mas não é só no domicílio que tem que fazer busca ativa não, esse código restringe bastante. (CAPS2 P5)

Ao questionar os profissionais quanto ao manejo dos registros de procedimentos nos respectivos instrumentos utilizados nos CAPS, em todos os serviços pesquisados foi possível identificar subnotificação dos registros, seja ela relacionada à ausência do registro ou registro incorreto.

Como em qualquer outra atividade, no setor saúde a informação deve ser entendida como um redutor de incertezas, um instrumento para o entendimento da realidade, para identificar questões prioritárias, para se fazer planejamento responsável e execução de ações coerentes com as necessidades de saúde de uma determinada população. As informações são imprescindíveis no processo de planejamento, sendo capaz de se tornar a base para implementação de novas ações e tomadas de decisões, desde que usadas de forma que aqueles que as registram tenham a compreensão de sua funcionalidade, o que ainda é algo a se construir no que se diz respeito ao registro de procedimentos nos CAPS (BATISTA; MALDONADO, 2014).

Além disso, em saúde mental, coloca-se a necessidade de avaliações sobre os serviços necessitando problematizar as dificuldades de concretização do modelo psicossocial e fortalecer as potências, para além de comparações com modelos hospitalocêntricos tradicionais (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

O uso adequado dos instrumentos pode gerar dados como fontes de indicadores de monitoramento e avaliação para mudanças e afirmação do modelo assistencial dos CAPS. Os indicadores se apresentam como potenciais ferramentas a serem utilizados em processos avaliativos que tenham o intuito de analisar de forma mais profunda os resultados das práticas desenvolvidas pelos profissionais (ALVES *et al.*, 2017). A efetiva utilização dos indicadores desenvolvidos poderá contribuir para o desenvolvimento da cultura de avaliação na medida em que podem ser confrontados com realidades diversas (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

Sendo assim, será possível verificar os pilares de qualidade nos CAPS como a eficiência do serviço que é prestado, considerando que a avaliação deve seguir no sentido de contabilizar a qualidade e não só a quantidade, diferente do que os participantes acreditam que o registro está apenas para manter e garantir recursos financeiros que na verdade já são fixos e pré-estabelecidos.

A avaliação aparece de forma indissociável ao processo de tomada de decisão e, para isso, torna-se fundamental que ela seja feita de forma oportuna, no tempo e com os recursos disponíveis (TANAKA; TAMAKI, 2012). Considera-se que a utilização dos dados disponíveis nos Sistemas de Informações (SIS) do SUS propicia que o processo de avaliação seja útil, oportuno, factível, confiável, objetivo e direcionado para a resolução de problemas.

Porém, a qualidade e a pertinência das informações em saúde podem estar comprometidas quando se verifica instrumentos subnotificados ou com preenchimento inadequado. Dados incompletos inviabilizam a avaliação e a utilização das informações em estudos epidemiológicos e na tomada de decisões (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014). Apesar da relevância de informar os procedimentos, os SIS ainda apresentam fragilidades na sua forma de organização e prática, o que compromete a confiabilidade dos dados produzidos, não permitindo informações fidedignas sobre a realidade da situação de saúde da população brasileira (SANTOS *et al.*, 2014).

Dentre as atividades registradas nos CAPS, os profissionais listaram os atendimentos individuais, acolhimento, atendimento em domicílio e grupos. Por outro

lado, ações importantes e que refletem o atendimento psicossocial não têm sido registradas, sendo elencadas as intervenções nas situações de crise, matriciamento, atividades de articulação com outros serviços de saúde e intersetoriais do território, e além muros dos CAPS.

A despeito da ausência do registro de diversos procedimentos, os profissionais informaram o registro de determinadas ações de forma equivocada, como por exemplo, o registro de procedimentos rotineiros como a aferição de sinais vitais e atendimentos telefônicos registrados como atendimento individual. Alguns dos participantes questionaram a inexistência de um código de procedimento que estivesse relacionado à ação de "Busca Ativa" e, inclusive, fez comparação com a visita domiciliar concluindo que não é a mesma coisa.

Relacionado ao desconhecimento dos profissionais sobre os procedimentos do CAPS e sobre os instrumentos de registro, diversas ações desenvolvidas não são registradas ou são feitas de forma equivocada. Eles desenvolvem atividades passíveis de registro, mas não o fazem porque desconhecem qual procedimento está relacionado.

Sem a orientação dos profissionais sobre os registros, a tomada de decisão pode não produzir os efeitos esperados pela falta de confiabilidade dos dados. Considerando a factibilidade e a oportunidade da avaliação para a gestão e as possibilidades de registro, a orientação é que cada município deve fazer uso dos dados disponíveis no SIA-SUS para gerar informações que reflitam a prática e atuação dos profissionais, visando à tomada de decisões no sentido de qualificar os seus serviços de saúde mental. Necessitando para isso, de maior dedicação da gestão como já apontado pelos participantes do estudo (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Ainda, ações desenvolvidas pelos profissionais no âmbito da rede não são registradas e pode evidenciar fragilidades da RAPS maiores do que as já existentes. As articulações com dispositivos fora do campo da saúde, como os espaços de cultura e lazer devem ser mais explorados e valorizados para consolidar o eixo estratégia de reabilitação psicossocial (NÓBREGA *et al.*, 2017). A articulação de instituições e profissionais em rede constitui pedra angular da reorientação do modelo de atenção em saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2003, AMARANTE, 2007), sendo necessário o registro para evidenciar o efetivo trabalho compartilhado por meio da relação entre projetos terapêuticos conduzidos simultaneamente pelos CAPS e demais serviços da saúde, ou de outros setores

(ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

5.1.3 – Fatores intervenientes para registrar os procedimentos de CAPS

Os fatores intervenientes no processo são aspectos que têm dificultado o registro adequado das ações pelos profissionais.

O quadro 4 apresenta as unidades de registro e de contexto desta subcategoria a seguir.

Quadro 4. Fatores intervenientes para registrar os procedimentos de CAPS. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Ausência de capacitação	Na época, foi tão difícil a gente conseguir entender o instrumento. Ninguém foi capacitado, na verdade! Nós fomos aprendendo. A gente percebe que muita coisa está ficando para trás. (CAPS2 P1)
Desconhecimento dos procedimentos	Só tem três coisas que eu posso fazer: eu posso atender a família, eu posso atender um acolhimento e posso fazer um grupo. Aí tem a visita domiciliar, mas é basicamente só isso (CAPS2 P3). Muitas atividades de reabilitação, como atividades de vida diária e de vida prática, que não tem como você lançar. Suponhamos: uma ida ao supermercado, que é um treino de atividade de vida diária, a gente faz isso no CAPS todos os dias e não tenho código específico (CAPS6 P3) Todos nós trabalhamos no achismo. Então, fica um serviço difícil ninguém realmente sabe dizer que tal código corresponde a tal ação. (CAPS3 P5)
Desconhecimento do significado dos procedimentos	Outra coisa que eu tenho dúvida: A gente faz visita ao paciente no hospital para acompanhar aquela pessoa. Registra como o quê? Como busca ativa? Como visita domiciliar? Como o quê? (CAPS1 P8) A gente dá aquele jeitinho! Realiza a ação e fica com dúvida de em qual código colocar a ação, onde ela se enquadra. Eu levo toda quarta-feira para o clube, ou vai para academia aqui do município. Eu sempre coloco atendimento grupal. A gente tem dúvida porque é uma atividade extra muro. (CAPS1 P5) Se você olha a portaria, ela só coloca os códigos e não coloca as ações. Só executamos sem discutir! (CAPS5 P8) No caso de crise, você faz orientação com família, faz

	orientação individual, entra em contato com outro serviço, então assim, em um único usuário você faz diversas atividades e aí quando você vai registrar na RAAS, você registra apenas um entendimento individual, então limita um pouco o que a gente realiza (CAPS1 P4). Não tem código para poder lançar as atividades externas: Passeios, outras atividades, essas coisas não têm como! (CAPS2 P6)
Equipamentos de informática	Os dados do paciente ficam salvos no computador. Roubou o computador e os dados foram juntos! O computador deu pau! Pronto! Aí o serviço fica dependendo de a pessoa consertar o computador. (CAPS6 P2)
Inexistência de Código Brasileiro de Ocupações	No CAPS todo mundo acaba fazendo os grupos, aí na hora que vai lançar na RAAS não pode lançar. A farmacêutica daqui, por exemplo, faz grupo e não tem como lançar. Então, no CAPS vários profissionais fazem o serviço e a RAAS não contempla isso. (CAPS2 P8)
Tempo demandado	A gente tem que terminar oficina e pegar todos os prontuários, que não são poucos, em média de 20 prontuários para cima. Depois tem que procurar RAAS por RAAS e preencher um por um. (...) É muito tempo e energia gasta por uma coisa que a gente não vê resultado tão próximo, tão palpável. É complicado! (CAPS4 P10)

Ao questionar os motivos da subnotificação das ações realizadas pelos profissionais, ficou evidente a falta de conhecimento sobre os procedimentos do CAPS e sobre os instrumentos de registro.

Esse desconhecimento foi relacionado pelos participantes à ausência de qualificação, sendo um fator mencionado com muita frequência em todos os grupos focais realizados nos serviços. Além disso, boa parte deles não conseguem interpretar a definição dos procedimentos estabelecida em Portaria e correlacionar com a ação desenvolvida, além de não saber fazer diferenciação de RAAS, BPA-C e BPA-I.

Ressalta-se que a interpretação da descrição dos procedimentos vai direcionar em qual instrumento se deve registrar, porém os profissionais não fizeram diferenciação entre eles e não mencionaram registro de atividades em BPA-C e BPA-I. A ausência de registro em BPA-C indica falta de articulação em rede e isso fragiliza a interpretação do trabalho intra e intersetorial que é desenvolvido nos CAPS.

As ações de cuidado direto dos usuários do CAPS e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade como apontadas pelos profissionais, podem ser registradas, em RAAS, como: acolhimento noturno, acolhimento em 3º turno, acolhimento diurno no CAPS, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, acompanhamento domiciliar, práticas corporais, práticas expressivas, atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial e promoção de contratualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Sendo assim, as possibilidades de registro são amplas e bem mais variadas do que os profissionais conhecem.

O nome do procedimento descrito em portaria não é literal e, portanto, não corresponde necessariamente ao que foi desenvolvido. O nome reflete muito mais a função terapêutica da ação planejada no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário do que, necessariamente, a ação. Para exemplificar esse caso, quando um dos participantes relata que a ação de “ida ao supermercado, que é um treino de atividade de vida diária” não pode ser registrada e não tem código específico, é equívoco porque poderia ser registrada, em RAAS, como promoção de contratualidade.

Vale ressaltar que o PTS deve sistematizar o cuidado para com os usuários e seus familiares nos CAPS a partir das necessidades identificadas. Entretanto, ainda é possível identificar a inexistência da elaboração do PTS considerando novas possibilidades de existência e vida e não apenas ser visto como uma grade ou cronograma de atividades exposto ao usuário, apontando os dias e horários da semana nos quais ele deve ir ao CAPS para realizar suas atividades profissionais (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Neste sentido, ressalta-se novamente a necessidade de um processo contínuo de avaliação do funcionamento dos CAPS e seu alinhamento ao campo da atenção psicossocial como orientador das condutas da equipe (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Os instrumentos têm sido utilizados apenas como uma burocracia de prestação de contas, sem nenhuma outra funcionalidade. Por isso, acham uma tarefa importuna e sem necessidade. Essa percepção vem muito atrelada à falta de feedback sobre os dados e devolutiva por parte dos gestores, ficando o registro pelo registro, somente. Assim, responsabilizam os gestores pela falta de acesso às informações produzidas, mas também não sabem que podem e como fazer para consultar os dados que já estão disponíveis no SIA-SUS.

A percepção que os participantes têm dos instrumentos como burocráticos, sem nenhuma outra funcionalidade está atrelada à falta de feedback sobre os dados e devolutiva por parte dos gestores que muitas vezes também apontaram a falta ou a limitação de capacitação para utilização do SIS, ficando o registro pelo registro somente, sendo estes também fatores intervenientes (PINHEIRO *et al.*, 2016). A falta de avaliação por parte dos gestores implica diretamente na limitação dos profissionais e falhas de registros.

Por outro lado, evidências revelam mascaramento ou subnotificação de informações, inadequações de preenchimentos, de interpretações e consequentes decisões dissociadas dos dados. Por isso, será necessário também corresponsabilizar os profissionais na utilização e manejo de estratégias gestoras da informação em saúde (MATOS; VIEIRA; FRANCO, 2015).

A inexistência de um processo de capacitação formal com profissionais especializados na área de saúde mental e SIS cursam com um problema anterior. Muitas vezes, até o preparo para a utilização do SIS foi feito na informalidade e os próprios funcionários repassaram o seu aprendizado em relação ao uso do sistema o que desencadeia sucessivos problemas e lacunas nos dados gerados (MONTENEGRO *et al.*, 2013, CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

Diante das realidades diversas e a ineficácia dos sistemas de informações, como evidenciadas neste estudo, ressalta-se a necessidade de qualificar o registro que é feito pelos CAPS no SIA-SUS, como fonte de dados padronizada de indicadores, presente em todos os CAPS habilitados, para monitoramento em todo o território nacional e possíveis comparações. Isto porque, atualmente, não há um espaço de avaliação de alcance nacional que possa analisar a política de saúde mental em seu âmbito macroestrutural. As avaliações apresentadas anualmente pela Área Técnica de Saúde Mental fazem alguns recortes do modelo relacionado à ampliação e abertura de serviços, redução de leitos e montante financiado, sem avançar nas suas análises (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Também, foram mencionados problemas relacionados à estrutura dos serviços. Como o registro dos dados não é feito online o envio dos dados pode ser comprometido, com frequência por computadores estragados e manutenção precária, desvios de computadores com dados, erro no envio dos relatórios e, até roubos de computadores contendo os dados informados.

Os registros feitos nos CAPS ainda são manuais feitos no papel. Torna-se

cada vez mais evidente o avanço dos Registros Eletrônicos em Saúde (RES) e, assim, os registros em papel, em decorrência do movimento de globalização tendem a desaparecer. No entanto temos o impasse de que os recursos humanos por vezes não acompanham as capacidades dos registros eletrônicos por diversos fatores, tais como a falta de capacitação como relatado por um participante. A falta de capacitação acarreta em baixa demanda na utilização desses recursos por desafios como desconhecimento do real potencial dos RES, má qualidade dos dados, e ainda algo que é bem frequente na realidade do CAPS o retrabalho, caracterizado pela digitação após a coleta de dados em fichas escritas (GAVA *et al.*, 2016, SANTOS *et al.*, 2017).

Os profissionais consideram dispendioso o tempo demandado para fazer o preenchimento dos instrumentos porque não percebem retorno para a qualificação do processo de trabalho, são muitas atividades desenvolvidas pelos profissionais diariamente, porque o registro é manual e no papel, porque o sistema não recupera os dados de identificação anteriores e todos os dados têm que ser registrados mês a mês.

Assim, o dispêndio de tempo para os registros dos dados em detrimento do atendimento aos usuários é outro fator interveniente apresentado pelos profissionais. Apesar do registro ainda ser manuscrito, este é feito apenas por códigos e de forma rápida.

O registro manuscrito exige tempo, mas é fácil; outra opção seria o registro informatizado, mas se gasta mais tempo do que o registro manual, e que para ser mais rápido é necessária capacitação e também estratégias de adaptação (GAVA *et al.*, 2016).

Vários e complexos fatores que interferem na incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na saúde, tais como a qualidade da interface com o usuário, usabilidade, funcionalidade dos recursos, qualidade dos dados e integração com sistemas externos (SANTOS *et al.*, 2017). As falas dos profissionais dos CAPS ilustram bem os entraves da funcionalidade do recurso visto que os profissionais que os utiliza não compreende suas funcionalidades e/ ou quando não tem os equipamentos necessários ou manutenção eficiente dos equipamentos para uso.

Outra questão muito mencionada por vários participantes foi a “busca ativa” que, em alguns serviços, foi comparada com a visita domiciliar por ser complexa e

envolver várias pessoas e serviços no território. Esclarece-se que, em caso de “busca ativa”, se for realizada uma visita domiciliar, deve ser registrada como atendimento domiciliar. Se a busca ativa foi feita por telefonema, a recomendação é não registrar procedimento, mas anotar no prontuário do paciente.

A falta de inclusão de determinadas categorias profissionais por meio do Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) é outro aspecto muito questionado por alguns profissionais por não se sentirem reconhecidos pela política do serviço. Caso a ação seja desenvolvida no CAPS por farmacêutico, nutricionista, educador físico, arteterapeuta ou psicopedagogo, não é possível registrar o procedimento. Sendo assim, mesmo que a necessidade do registro seja de informar no SIA/SUS os procedimentos resultantes de ações no CAPS, os profissionais dessas categorias não se sentem incluídos no processo. O trabalho no CAPS é multiprofissional e em equipe e esse aspecto da falta do CBO fragiliza esse atendimento por impactar negativamente no trabalho em equipe e na satisfação profissional.

5.1.4 – Aspectos facilitadores nos registros de procedimentos em CAPS

Diante de todos os fatores intervenientes e do entendimento que os profissionais têm sobre os registros dos procedimentos, foram apresentadas considerações pelos participantes que podem facilitar o apontamento das informações, bem como o processo de trabalho nos CAPS.

O quadro 5 apresenta as unidades de registro e de contexto incluídas nesta subcategoria.

Quadro 5. Aspectos facilitadores nos registros de procedimentos em CAPS. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Qualificação sobre a forma correta de preenchimento	Eu acho que como a RAAS é uma realidade e eles não vão conseguir mudar, pelo menos em médio prazo. A gente deveria compreender como fazer certo, como utilizar, entender o alcance dela de uma forma mais clara, não de acordo com as nossas suposições. (CAPS2 P5)
Capacitação no uso do software	A única capacitação que tivemos foi de como preencher o sistema, fazer exportação. Relacionado ao significado dos procedimentos não. E isso, mas só para o administrativo. Tem gente que faz e que não recebeu nenhum treinamento. (CAPS3 P1)

Interpretação dos procedimentos	Deixar mais claro para gente o que são esses códigos, como esse sistema é revertido para nós, qual a finalidade. Como o CAPS é mais uma questão de psicossocial mesmo tem que enfatizar mais essas questões de ações no território! Para que o profissional veja a importância dele para o território. (CAPS5 P6)
Informatização dos processos	Não sei se já existe, mas o sistema informatizado facilitaria muito. Mesmo porque a gente vive numa era digital (...) um aplicativo que teria muito mais opções. Uma coisa informatizada permite ser mais ampla e facilita você ir clicando as opções que estão lá no sistema. Ter uma ficha para cada usuário. Facilitaria! Um problema que a gente tem no final do mês é enviar a RAAS; todo mês é um problemão! (CAPS1 P3)
Feedback	Se a gente tivesse feedback, eu acredito que seria uma forma de crescimento através da avaliação do serviço. A gente ia ver qual está demandando mais e qual está falhando mais. A desvantagem é a questão de ser burocrático e, às vezes, não ter todos os códigos. (CAPS4 P8)

Todos os participantes ressaltaram a necessidade do desenvolvimento de competências, em especial conhecimento e habilidades, para operacionalizar os registros, por meio de capacitações, para que compreendam a finalidade dos registros, a operacionalização do software e façam a interpretação adequada da definição dos procedimentos.

A instituição dos instrumentos de registro nos CAPS e a ampliação dos procedimentos é uma oportunidade para analisar os processos de trabalho nos CAPS, mas também induzir a inclusão de determinadas estratégias, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial, centrado no usuário.

Subnotificação, presença de uma significativa quantidade de dados desatualizados, prontuários com excesso de registros e profissionais despreparados para o manejo da tecnologia são aspectos intervenientes na qualidade dos dados e, por consequência, das informações (MONTENEGRO *et al.*, 2013, SANTOS *et al.*, 2014). Sendo assim, a utilização dos SIS pela gestão da saúde para o processo decisório ainda é incipiente e as fragilidades mais evidentes foram o número reduzido de qualificações para a utilização dos SIS e dificuldade de acesso à internet (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Para os profissionais, as dificuldades apresentadas para qualificação do registro das ações poderiam ser minimizadas se houvesse um processo de

capacitação sobre os procedimentos e operacionalidade dos instrumentos e sistema de informações, além da possibilidade de apropriação dos dados para fins de análise do processo de trabalho no CAPS.

Assim, para garantir completude e qualidade dos dados, os profissionais de saúde envolvidos no processo precisam ser devidamente capacitados a respeito de como coletar esses dados, bem como sejam conscientizados sobre a importância da qualidade dos dados (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014b, PINHEIRO et al., 2016a).

A necessidade de qualificação pelos participantes estava muito vinculada ao desenvolvimento de estímulo e motivação para a utilização dos instrumentos. Também, destacaram que a informatização pode ser uma estratégia que facilitaria o trabalho por otimizar o tempo dispensado para o registro.

Como já mencionado, torna-se cada vez mais evidente o avanço dos Registros Eletrônicos em Saúde (RES) e de que os registros tendem a desaparecer (GAVA et al., 2016b, SANTOS et al., 2017). Têm-se discutido a necessidade de informatização dos processos para melhoria da qualidade dos registros e facilidade de utilização da informação na prática de trabalho do profissional de saúde, como possibilidade de redução da distância entre o registro do dado e o uso da informação (GAVA et al., 2016b).

Ainda, o registro eletrônico reduz os erros, padroniza conceitos que podem ser agrupados em um conjunto de dados para facilitar o monitoramento da linha de cuidado de saúde dos indivíduos, possibilitam o planejamento e a tomada de decisão em saúde pelos gestores de forma oportuna (GAVA et al., 2016)

Essa vantagem é importante e contribui para a avaliação para a gestão de serviços de saúde ao subsidiar a tomada de decisão em tempo oportuno, com confiabilidade e abrangência de informações, e que seja factível dentro dos recursos disponíveis, mesmo que para isso seja necessário simplificar processos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Estudo que objetivou descrever a incorporação de TIC na atenção básica e sua associação com a qualidade, utilizando Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e observou que, de um modo geral, há uma associação entre qualidade da assistência e incorporação de TIC e que avançar no processo de incorporação de TIC no país pode contribuir para o aperfeiçoamento da prestação de serviços na atenção básica (SANTOS et al., 2017).

Além disso, vale dizer que para informatizar os serviços de saúde será fundamental considerar a falta de adesão do profissional que pode estar muito mais relacionadas aos problemas advindos do novo processo de trabalho, ocasionados pela interferência no *habitus* adquirido em anos de trabalho, do que resistência à informática por si (GAVA *et al.*, 2016).

Assim, a utilização dos SIS tem proporcionado desafios para serem vencidos no contexto da informação eletrônica, tais como a resistência a mudanças e aos aparatos tecnológicos; o desconhecimento da tecnologia como um instrumento de trabalho; o retrabalho, caracterizado pela digitação após a coleta de dados em fichas escritas; a segurança dos dados, considerando o acesso restrito aos mesmos e a identificação das demandas e necessidades de que respondam às reais necessidades dos profissionais (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011).

5.2 – Categoria 2 – O Projeto Terapêutico Singular entre aspas

O Projeto Terapêutico Singular é definido como um instrumento de potencial cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, além de ferramenta de organização baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

Nesta categoria estão relacionados dados dos grupos focais realizados na primeira etapa e das oficinas realizadas na terceira etapa da coleta de dados. A análise dos dados apontou a elaboração do PTS e o registro de procedimentos de CAPS como problemas.

Ao planejar a intervenção nos CAPS para melhorar o processo de trabalho e qualificar os registros dos procedimentos, criamos uma estratégia que conciliasse as duas demandas, sendo a segunda um reflexo da primeira.

Considerando que o PTS é fundamental para sistematizar o processo de trabalho de um CAPS, havia o entendimento que a qualificação da elaboração do PTS refletiria um processo trabalho qualificado e que os registros seriam uma fotografia do que é feito no CAPS. Por isso, o método interventivo considerava a discussão dos PTS elaborados nos CAPS.

5.2.1 – Atividades do Projeto Terapêutico Singular

Nesta subcategoria estão incluídas as unidades de registro e de contexto que retratam a forma como os profissionais têm elaborado os PTS nos CAPS (Quadro 6).

Quadro 6. Atividades do Projeto Terapêutico Singular. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Avaliação ampliada	Aproveitamos para perguntar sobre a família, nesse grupo de integração, se ela pode participar e como é a vida lá fora? Como podemos te ajudar? O que você tem vontade de fazer de novo? (CAPS4 P2)
Ausência de sistematização	O PTS é montado durante a entrevista inicial. Dependendo do dia, depois que a gente escuta a história do paciente, a gente pensa como que vai ser a vida dele ali dentro. Se o paciente for mais complicado, a gente leva para a equipe. (CAPS 6 P1) O PTS acontece muito informalmente. (CAPS 3 P6) O profissional faz o acolhimento e a gente marca as boas vindas e, lá, a gente constrói o projeto terapêutico junto com o usuário e a família. A gente apresenta o que o CAPS tem para oferecer, quais as atividades que a gente tem. Então, a gente fala para eles tentarem escolher uma atividade que eles percebam que vai trazer benefícios e bem-estar. Algo que contemple as demandas que eles têm.(CAPS2 P11) Ela (a usuária) dizia que estava sendo a extensão da casa dela, estava acontecendo a roda de conversa e ela sentava lá depois ia embora, aí na outra oficina ela vinha novamente. Então, ela entrava tirava todo mundo do foco e saía e ninguém sabia dizer ao certo qual era a oficina que ela participava realmente. (CAPS4 P6) Porque às vezes marca só para passar o tempo mesmo. (CAPS7 P5)
Cardápio de atividades do CAPS	De acordo com o quadro de atividades que nós temos, nós inserimos o usuário. Caso seja usuário que não se encaixa em nenhuma, nós procuramos pensar em outras possibilidades. (CAPS1 P8) A gente acaba não fazendo projeto do jeito que a gente quer porque, às vezes, as oficinas estão muito lotadas! Na quarta-feira não tem cadeira para o pessoal sentar de tão lotado que aqui é. Então, às vezes a gente evita colocar em alguns dias da semana mesmo sabendo que vai trazer algum benefício, mas acaba que a gente não coloca por conta disso. (CAPS3 P1) Depois de passar pelo acolhimento ele vem para o grupo de

	integração. Nesse grupo é onde vem a parte burocrática da coisa porque nós fazemos o registro das ações com locais definidos. Fazemos o PTS que já começou no acolhimento e discutimos com a equipe e com o usuário e entregamos um cartãozinho para ele e marcamos o profissional referencial (CAPS3 P5)
Metas terapêuticas não estabelecidas	A principal queixa atual dele é essa que ele não tem amigo, que ele não consegue ter esses laços, aí nesse caso a primeira coisa que a gente pensou foi na higiene que está precária e afastam as pessoas, ele precisa de autocuidado e higiene. (CAPS3 P4) O atendimento individual a gente tentava fazer sempre que ele fosse. Porque ele ia a um intervalo muito longo. Ele sempre está muito angustiado, sempre chorava no meio do artesanato, aí tínhamos que fazer um atendimento com ele na hora. No grupo ele nunca conseguiu se adaptar, foi indicado, mas ele não conseguiu, até porque sempre quando ele chegava ele tinha feito uso ... estava muito complicado. (CAPS6 P4)

Ao questionar sobre o PTS, os profissionais manifestaram compreender como ferramenta fundamental de planejamento do cuidado ao usuário, segundo o modelo de atenção psicossocial, e consideram alguns dos princípios da clínica ampliada, como a avaliação de forma ampliada e o envolvimento multiprofissional.

De um modo geral, projeto terapêutico é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido (BOCCARDO *et al.*, 2011, p. 87).

Entretanto, foi possível identificar a falta de planejamento e sistematização dos PTS, muito evidenciado pela ausência de registro, de estabelecimento de metas terapêuticas e de avaliações periódicas.

Em alguns serviços pesquisados o PTS era inexistente e em outros existia, mas não era construído coletivamente pela equipe. A revisão de literatura aponta para a ausência do debate crítico para elaboração do PTS e que, em alguns serviços o PTS “existe” de forma idealizada (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Para favorecer o planejamento sugere-se a utilização de algum roteiro ou guia para nortear o desenvolvimento do PTS porque esses instrumentos podem direcionar as ações, da equipe e do usuário, necessárias para que sejam atingidos os objetivos (BOCCARDO *et al.*, 2011) e apresente uma dimensão de programação

para o futuro, onde ações de inclusão social dos usuários sejam prioridades (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Entretanto, Kinker (2016) considera que o PTS, por sua imensidão e potência, não cabe em simples formulários, prescrições e registros das instituições. Esse registro pode ajudar na organização do processo, mas não representam o processo na sua totalidade. Isso porque precisa considerar que o PTS não pode ser algo pré-estabelecido e que tem que ser seguido à risca, pelo contrário, requer a consideração do fluir das transformações que ocorrem na vida e no contexto dos usuários, familiares e equipes.

Não se pretende, assim, instaurar uma ditadura de atendimento a singularidades, que inviabilizaria o trabalho institucional e coletivo. Considera-se a importância da dinâmica do projeto terapêutico, mas fluxogramas e protocolos de atenção à saúde podem ser limitante para as possibilidades de diálogo e de responsabilização dos profissionais e serviços do território, se não forem suficientemente claros ou permeáveis às diferentes lógicas que perpassam o processo de cuidado à saúde (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Sendo assim, quando se trata da necessidade de sistematização e planejamento do cuidado, pode-se considerar a necessidade de se utilizar de mecanismos de registro-memória (KINKER, 2016).

Durante as oficinas de coleta de dados da pesquisa, à medida que os participantes iam apresentando as intervenções sinalizadas para cada caso, eles foram questionados sobre a finalidade terapêutica estabelecida e qual demanda ou necessidade eles teriam identificado para fazer as intervenções, entretanto a maioria deles não conseguia responder com clareza, além de planejar atividades que não atende nem a demanda do usuário. Assim, foi possível inferir que o PTS é pensado a partir das atividades que o CAPS oferece e não a partir da necessidade terapêutica do usuário/família.

Sem o estabelecimento de metas terapêuticas, anterior à proposição de intervenções, corre-se o risco de que o usuário não se vincule às atividades. Ainda, será muito difícil avaliar o alcance de resultados terapêuticos e evoluir prontuário porque a meta terapêutica não estava clara e a atividade proposta não atende a demanda ou necessidade do usuário.

Na maioria das vezes, as atividades propostas aos usuários são as "intramuros" dos CAPS e não possuem metas terapêuticas estabelecidas, nem

planejamento e avaliação sistemática dos resultados alcançados. As ações são oferecidas como um "cardápio" porque não há avaliação psicossocial, portanto sem considerar a singularidade de cada usuário.

Em outro trabalho, esse "cardápio" também é entendido como uma "grade de atividades" e os autores destacam que pode se tornar um dispositivo de controle tão rígido como o são as grades das celas do presídio e do manicômio. As grades estão postas quando os profissionais têm dificuldade para identificar possibilidades de existência em territórios de vida dos usuários assim como para lidar com a angústia que a vivência do sofrimento mental produz (KINKER; IMBRIZI, 2015).

O PTS entendido como um cardápio, grade ou cronograma exposto ao usuário, apontando os dias e horário da semana nos quais ele deve ir ao CAPS para fazer atividades, não funciona como um instrumento que possa auxiliar o usuário a pensar outras possibilidades de vida (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

O cuidado dispensado aos usuários e familiares deve estar relacionado à forma como eles entendem o complexo processo de viver e de sofrimento/adoecimento e o PTS entendido como construção de projetos de vida (KINKER, 2016). O que deve ser enfatizado nas ações desenvolvidas pela equipe na construção do PTS são as necessidades dos usuários, a aproximação e protagonismo de interlocutores, a dinâmica do território e numa atitude ética que se pautem no conceito de cidadania e nos laços sociais do usuário (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A ideia de projeto terapêutico como arsenal de procedimentos está muito presente em algumas das práticas nos CAPS. Assim, intervenções disciplinares sem modificar o entendimento e o olhar sobre o sofrimento/adoecimento mental, reflete o estabelecimento de normas rígidas de funcionamento da instituição, a repetição de repertórios de ações e uma padronização das respostas por tipo de problemas (KINKER, 2016).

Essa prática do cardápio de atividades não reflete a singularidade do cuidado, já que o foco da construção e desenvolvimento do PTS deva ser o usuário em sua singularidade, e ainda, que esse processo deve contemplar a participação da família e da rede social desses sujeitos (BOCCARDO *et al.*, 2011). O PTS, nessa perspectiva, é apenas um conjunto de estratégias e procedimentos estabelecidos pelas equipes de cuidado e pelas instituições que também podem fazer uso dessa ferramenta (KINKER, 2016).

Ressalta-se que todas as atividades sugeridas em um PTS são importantes e podem compor processos potentes de transformação do contexto real e concreto de vida dos usuários, contribuindo para a produção de novas formas enriquecedoras de sociabilidade. Mas elas, desconectadas desta realidade, podem representar formas de controle através de um processo prescritivo de ações terapêuticas (KINKER, 2016).

Para favorecer a condução dos PTS e a vinculação entre o usuário e o serviço, recomenda-se definir o(s) técnico(s) de referência para o usuário e familiares para acompanhá-los em seus PTS. A escolha deve estar pautada em possíveis relações vinculares estabelecidas no processo terapêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, BOCCARDO *et al.*, 2011).

Entretanto, nos CAPS onde a pesquisa foi realizada, o profissional de referência é quem faz a primeira escuta do usuário ou é indicado de forma sistemática para que haja divisão equânime de usuários por profissional. Essas estratégias podem ou não considerar a maior proximidade de diálogo com o usuário, mas, sim uma organização para facilitar o serviço.

O acolhimento é importante para estabelecer vínculo com o usuário, mas pode ser que, ao longo do acompanhamento, o vínculo possa ser melhor com outro profissional da equipe, diferente do que fez o primeiro contato ou do designado por causa da divisão do serviço.

A proposta de se estabelecer profissionais de referência para tecer e acompanhar os PTS representa uma tentativa de escapar à fragmentação das disciplinas e das intervenções que responde mais às demandas dos profissionais do que as necessidades dos usuários (KINKER, 2016). Assim, o profissional de referência seria um dispositivo de responsabilização e de reforço do vínculo com o usuário (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Sobre a avaliação do PTS, foi possível perceber que esta ocorre apenas se há adesão ou não à atividade proposta e não em decorrência de uma meta terapêutica ou evolução do caso. A não adesão às atividades propostas no PTS está muito relacionada a essa falta de planejamento e inclusão do usuário na elaboração do PTS. Muitas vezes, a atividade não atende a necessidade do usuário ou ele desconhece a finalidade terapêutica daquela atividade do PTS que está fazendo e, portanto, não faz sentido a sua participação.

A atenção psicossocial não pressupõe práticas enrijecidas e fechadas num modelo de cuidado, mas, sim, um processo social complexo que sofre alterações por diversos fatores e se transforma, assumindo outras conformações diferentes das idealizadas (VASCONCELOS *et al.*, 2016), por isso a necessidade de avaliação terapêutica constante.

Porém, a literatura aponta a ausência de registros do técnico de referência sobre os PTS que acompanha, dificultando a reavaliação do mesmo. Ainda, a equipe tem dificuldade para visualizar o PTS, pois faltam conversas sistemáticas sobre os mesmos para além das especificidades de cada profissional (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Não foi possível perceber efetivo envolvimento dos usuários e familiares na construção dialógica, de negociação e de corresponsabilização dos PTS entre equipe/usuário/familiar. No contexto estudado, a participação deles está restrita ao conhecimento do que foi planejado pelo profissional ou equipe de referência. Assim, a insuficiente participação dos usuários e seus familiares na negociação das atividades terapêuticas nos CAPS tem sido um entrave para a realização do PTS (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A ausência de metas terapêuticas para planejar as ações no PTS reflete, ainda, na precariedade também dos registros dos procedimentos e não evidenciam as ações que são desenvolvidas ou as possibilidades ampliadas de ações de um CAPS, porque os profissionais acabam realizando e registrando apenas atividades ambulatoriais.

O registro dos PTS é fundamental como um indicador de qualidade. Dentre a proposição de indicadores para avaliação de CAPS III, por exemplo, há a indicação de alguns indicadores relacionados a: quantidade de pacientes que possuem plano terapêutico formulado, a periodicidade com que este mesmo plano é revisto e adaptado e a quantidade de pessoas a cargo de cada técnico ou equipe de referência. Esses indicadores podem auxiliar na melhoria do processo de trabalho para qualificar os PTS, na medida em que considera a importância da avaliação periódica e a efetiva singularização da atenção (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

5.2.2 – Reflexo da lógica ambulatorial no Projeto Terapêutico Singular

Um PTS é o conjunto de ações formadas por meio de ofertas tecnológicas dos profissionais e as necessidades de saúde dos usuários. Sendo assim, a depender da forma de compreensão do mundo, homem e sociedade, saúde e doença, os projetos também vão contemplá-los como expressão direta dessa percepção (FIORATI; SAEKI, 2012).

O modelo de atenção psicossocial é orientado pelos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira os quais sustentam as transformações nos campos teórico-assistencial, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural (COSTA-ROSA; LUZIO; YASSUI, 2003) e que o PTS é uma forma de sistematizar o cuidado ao usuário. (BOCCARDO *et al.*, 2011). Segundo essa lógica foi possível identificar, porém, que muitos aspectos mencionados pelos participantes estão bem aquém desse referencial e se aproximam do cuidado ambulatorial ou da psiquiatria tradicional (médico-centrada, hospitalocêntrica e com foco na remissão de sintomas, apenas).

No campo da saúde mental há dois paradigmas conflitantes que se alternam nas orientações dos PTS elaborados e nos atos assistenciais praticados: o modelo biológico, centrado na psicopatologia e o modelo psicossocial, centrado no sujeito em sofrimento. Mesmo nos serviços extra-hospitalares propostos pela Reforma Psiquiátrica, esses dois modelos se alternam e se misturam na constituição das práticas assistenciais. (WETZEL *et al.*, 2011, FIORATI; SAEKI, 2012).

Sendo assim, o quadro 7 apresenta as unidades de registro e de contexto que ilustram essa subcategoria.

Quadro 7. Reflexo da lógica ambulatorial no Projeto Terapêutico Singular. Goiás, 2016

Unidades de registro	Unidades de contexto
Acolhimento ou Triagem	Na consulta compartilhada, com presença de todos os profissionais, a profissional referência passa todo o caso. Aí se discute e faz as perguntas. Se não for paciente do CAPS já fazemos um encaminhamento; se ele é um paciente nosso, já fazemos o projeto singular dele com o profissional que fez o acolhimento. (CAPS2 P2) Esse instrumento não está separado por profissão, cada um teve seu olhar diante do instrumento para saber se ele tinha resposta para aquilo que precisávamos ver de uma forma geral. Aí o técnico já senta com o usuário e, enquanto vai fazendo as

	perguntas preenche o instrumento. Se ele verificar que usuário não é do CAPS, ele faz o encaminhamento (CAPS3 P6) O profissional referente tem a obrigação de preencher o roteiro no prontuário, então tem lá o espaço para ele colocar todas as observações feitas. Quando chega nesse ponto, três profissionais já ouviram o usuário e a gente tem mais condições de fechar o projeto terapêutico singular e o referente faz o retorno para o usuário (CAPS4 P7)
Vinculação à consulta médica	Você sabe que não deve vincular o usuário a consulta médica, mas sabe também que a sociedade e a família acham que ele deve sair dali com uma consulta agendada. Se ele não sair com consulta agendada a assistência social já te liga, cobrando. (CAPS 5 P8)
Renovação de receitas	Eu, que estou com agenda vazia, estou me encarregando de ir atrás desses pacientes que não estão indo, ou que está indo só para renovar a receita e comecei a repensar, junto com ele o PTS. (CAPS7 P5)
Demandas dos usuários	Também, tem a relação dela com esse namorado que sempre ela traz para cá para gente poder resolver. Aí a gente fala que aqui não é o lugar para resolver esses conflitos com namorado e que os dois têm que sentar e conversar, mas ela traz bastante coisa para gente, bastante demanda das relações pessoais. (CAPS1 P1) Eu percebo que muita doença mental tem como base doença orgânica e isso não é avaliado com disciplina. Têm muitas doenças que passam batido. Então, esse paciente tem que ser visto como um todo (CAPS7 P5). A principal queixa atual dele é essa que ele não tem amigo, que ele não consegue ter esses laços. Aí, nesse caso, a primeira coisa que a gente pensou foi na higiene que está precária e afasta as pessoas, ele precisa de autocuidado e higiene. (CAPS4 P6)
Atividades apenas intramuros dos CAPS	Pensando aqui vejo que nós fazemos o projeto terapêutico, mas com o nome de relatório. Nós estamos nesse processo de reorganizar. Então, nesse primeiro momento, a gente vai atrás de documentos de serviços na rede, academias. Hoje ele já consegue trazer para a gente aquilo que a gente quer. É um trabalho que temos feito diariamente para que eles consigam sair dos muros, mas alguns têm muita resistência ainda. (CAPS6 P2)

O acolhimento é um dos princípios do processo de trabalho de um CAPS e deve ser uma ação de escuta qualificada, fundamental para a vinculação do usuário ao serviço. Entretanto os relatos dos profissionais refletem ações de acolhimento

mais parecidas com triagem. Os profissionais parecem estar mais atentos na avaliação da permanência do usuário no CAPS ou encaminhamento para outro serviço, do que fazer uma escuta qualificada.

O acolhimento permeia toda terapêutica e não pode ser entendido apenas como uma parte do processo de cuidado (triagem) (JORGE *et al.*, 2011). O objetivo do acolhimento deve ser a vinculação terapêutica, apresentação do serviço, esboçar hipótese diagnóstica e iniciar o processo de corresponsabilização pelo cuidado. Muitos profissionais têm dificuldade para compreender que o acolhimento não se resume a um único encontro e avaliação de sinais e sintomas de transtornos mentais. Considerando isto, foi recorrente a necessidade que muitos profissionais dos CAPS pesquisados têm de conhecer o diagnóstico médico que foi estabelecido para, depois, estabelecer o PTS. Ainda, foram recorrentes relatos da existência de vinculação dos usuários com o CAPS, apenas para a troca de receitas médicas.

O acolhimento, entendido como uma escuta qualificada e direcionada para além da demanda apresentada pelo usuário, implica em não exigir fixas de referência ou contra-referência ou qualquer outro documento que influencie no acesso do usuário ao serviço, podendo ser feito por qualquer profissional da equipe terapêutica. Além disso, o acolhimento está relacionado à disponibilidade para aumentar a proximidade ao longo do processo de acompanhamento e favorecer o vínculo com o usuário (JORGE *et al.*, 2011). Nesse sentido é fundamental a necessidade da organização do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar (BOCCARDO *et al.*, 2011).

O fato da dependência do diagnóstico médico para elaboração de PTS também é percebido em outras realidades em que o trabalho do profissional médico funciona como organizador central em relação aos outros profissionais não médicos. Assim, o tratamento médico é considerado imprescindível e outras atividades terapêuticas são vistas como possibilidades, mas não necessariamente presentes nos serviços (FIORATI; SAEKI, 2013).

A prática centralizada no profissional médico, com foco no tratamento apenas medicamentoso e sem avaliação de forma ampliada se aproxima da lógica ambulatorial (BOCCARDO *et al.*, 2011). Percebe-se ainda, intensa influência da psiquiatria clássica no atendimento do CAPS, com práticas que ainda objetivam somente que o usuário faça uso da medicação, ou seja, essas práticas asilares continuam a ocorrer mesmo nos serviços substitutivos (JORGE *et al.*, 2015).

A centralidade no trabalho médico, pouco poroso às trocas de saberes e fazeres com outros trabalhadores da equipe, e menos disposto, ainda, a um trabalho em redes harmônicas de cuidado, inviabiliza a construção de projetos terapêuticos integrados com os núcleos de saberes dos vários profissionais que compõem as equipes, considerando que outros trabalhadores são decisivos no acompanhamento de usuários com transtornos mentais (JORGE *et al.*, 2015, VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Na atenção psicossocial, as ações terapêuticas devem ser resultantes de discussão e construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico (BOCCARDO *et al.*, 2011).

A compreensão ampliada das necessidades das pessoas ainda está em construção nas ações dos profissionais de saúde e na rede intra e intersetorial, porque alguns relatos ainda revelam avaliações psiquiátricas, com foco na avaliação de sinais e sintomas e no diagnóstico médico. A prática de elaborar um PTS a partir de um diagnóstico médico inviabiliza um diagnóstico psicossocial das demandas do usuário, além do que as intervenções podem ser estabelecidas a partir "de um rótulo" e não para o atendimento das necessidades.

Apesar da instituição de uma PNSM, legitimada por lei e que considera o modelo de atenção psicossocial, o paradigma biomédico persiste, e muitas vezes os próprios atores que questionam esse paradigma demandam intervenções nele pautadas (KINKER, 2016).

Pesquisa realizada entre 2007 e 2009 já apontava problemas conceituais na base do processo de construção do modo de atenção psicossocial e o problema parece persistir. As formas de cuidado ainda refletem a terapêutica médico-clínica e medicamentosa, de caráter estritamente biológico e curativista, desvalorizando ações de reabilitação psicossocial (FIORATI; SAEKI, 2013).

Os profissionais, entretanto, ao se desresponsabilizarem da tarefa de reinventarem ações novas para velhos problemas e ao se paralisarem em velhas ações para responderem aos novos problemas, alienam-se da responsabilidade de continuarem a construir um projeto terapêutico para o serviço que possa repensar o que não deu certo sem, contudo, "jogarem fora a água do banho com a criança junto" e inviabilizarem, portanto, todo o processo de inovação do modelo psicossocial. Mas vão além, pois, ao se apartarem da responsabilidade da elaboração e gerência do projeto terapêutico, desresponsabilizam-se, inclusive, da tarefa de todo ser

humano, criativo que é, de se autoconstituir enquanto sujeito (FIORATI; SAEKI, 2012, p. 593).

Em todos os grupos, os profissionais relataram que no primeiro contato com o usuário, seja ele entendido como acolhimento ou não, já elaboram o PTS. A avaliação psicossocial do sujeito envolve a identificação não só da demanda apresentada no momento em que o usuário acessa o serviço ou a presença de sinais e sintomas evidentes. Para se efetivar esta avaliação será necessário trabalho articulado com vários profissionais e serviços para avaliar a pessoa, a família e o território e, assim, identificar as reais necessidades.

Ressalta-se, ainda, a importância de uma escuta qualificada para favorecer o vínculo e, assim, para a compreensão da trajetória e dos significados presentes nos caminhos percorridos pelos usuários para atenderes as suas demandas para enriquecer a construção dos PTS. Se o projeto terapêutico pode ser tomado como uma imagem que desenha uma possibilidade de futuro, o conhecimento acerca dos itinerários terapêuticos pode trazer ricas contribuições ao planejamento e para o desenvolvimento de linhas de cuidado (JORGE *et al.*, 2011, SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Isso porque “o objeto de investimento para um projeto, portanto, relaciona uma dinâmica entre o passado, que coloca aquilo que está estruturado, o presente que representa o momento da práxis e o futuro que engloba o que se deseja ou o que se projeta” (FIORATI; SAEKI, 2012).

Uma das consequências de uma escuta que não é qualificada e da prática dos profissionais em planejar atividades para os usuários sem definir metas terapêuticas é a proposição de ações e atividades para os usuários que não contemplam as demandas e necessidade deles. Exemplo disso é a proposição no PTS do usuário a participação contínua em diversos grupos e oficinas ofertadas dentro do CAPS, sem que questões concretas do cotidiano, que envolvem relações com atores de seu território de existência, sejam inseridas no plano assistencial.

Essas oficinas terapêuticas nos CAPS têm se instituído como práticas de intervenção, ora como múltiplas experiências conectadas ao território, ora como intervenções a serem aplicadas como remédios para os usuários. Mas uma vez, tem-se um impasse epistemológico de compreensão do modo psicossocial de cuidado por parte dos profissionais. A forma de conceber as oficinas está vinculada

a determinado modo de compreender o fenômeno da vida e do sofrimento psíquico (KINKER; IMBRIZI, 2015).

Outra questão que fragiliza a vinculação do usuário e a efetividade de cuidado é não considerar o território para propor atividades. A ocupação e a produção de outros territórios existenciais e de novas relações sociais são pouco consideradas, mesmo que muitas demandas e necessidades dos usuários envolvam pessoas, lugares para além do CAPS.

Ressalta-se, entretanto, o potencial das oficinas quando deixam de ser aplicadas como remédio e o PTS deixa de ser um conjunto de procedimentos com a intencionalidade de buscar a normalização dos sujeitos, e passam a operacionalizar práticas que façam mediações nos territórios de vida pautadas nas necessidades reais e cotidianas dos usuários dos serviços. Nesse contexto de conexão com os territórios existenciais, as oficinas podem ser parte de um projeto de intervenção social, além de estar associada a um PTS (KINKER; IMBRIZI, 2015).

Para garantir integralidade do cuidado, o acesso de usuário a outros serviços da RAPS também deve ser considerado na construção do PTS, o que implica no reconhecimento de que os pontos de cuidado existentes na rede de saúde devem estar articulados para a promoção, proteção e recuperação da saúde (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

Assim, o PTS se efetiva somente se houver incorporação e valorização das particularidades dos usuários no modo como lidam com as diferentes situações envolvendo sua saúde e a doença, e não apenas atuar sob a forma de prescrições protocoladas e pouco sensíveis a essas particularidades (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

As mudanças promovidas pela organização de PTS transformam as práticas de cuidado e também ao considerar a centralidade nas necessidades das pessoas em seu contexto social. Assim, o desafio para as equipes dos CAPS está em propor ações que atendam as reais necessidades dos usuários (BOCCARDO *et al.*, 2011).

O desafio da construção de PTS comprometidos com as dimensões da atenção psicossocial e com o ideal de integralidade do SUS vai além da instituição CAPS, precisam abranger o olhar e estabelecer relações sólidas com a comunidade, com a rede assistencial e social de apoio, de forma a considerar as singularidades dos sujeitos (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Nos CAPS o modelo biomédico não deveria ser um orientador das condutas da equipe, porque características de uma clínica em sentido mais tradicional apontam para uma visão do ser humano de forma não integral, que enfatiza práticas curativas e não entende como imprescindível o trabalho em equipe. Neste sentido, ressalta-se que é imprescindível um processo contínuo de avaliação do funcionamento dos CAPS no campo da atenção psicossocial (RODOVALHO; PEGORARO, 2016).

5.3 – Categoria 3 – Qualificação do PTS por meio da compreensão dos registros e vice-versa

Para os profissionais, as dificuldades apresentadas para qualificação do registro das ações poderiam ser minimizadas se houvesse um processo de capacitação dos profissionais sobre os procedimentos e operacionalidade dos instrumentos e sistema de informações, além da possibilidade de apropriação dos dados para fins de análise do processo de trabalho do CAPS.

Nesta categoria foram incluídos os dados relacionados ao processo de EPS desenvolvidas junto aos profissionais dos CAPS. Os dados estão relacionados as atividades realizadas na segunda e terceira etapa da coleta de dados.

5.3.1 – Aprendendo sobre registros de procedimentos de CAPS

Considerando a demanda levantada nos grupos focais, a primeira estratégia para qualificação dos profissionais foi a realização de um Seminário objetivando a orientação sobre a concepção, significado e importância da avaliação da qualidade de serviços de saúde, discussão sobre aspectos conceituais e operacionais dos instrumentos de registros e de cada procedimento assim como a contribuição desse evento para melhoria da prática profissional.

As unidades de registro e de contexto desta subcategoria estão incluídas no Quadro 8.

Quadro 8. Aprendendo sobre registros de procedimentos de CAPS. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Contribuição do Seminário.	Vimos a importância desse preenchimento correto porque é ele que vai dar os dados da produção. (CAPS2 P7) Acho que abriu o nosso olhar para entender que não é só: Aaaaah... meu serviço só é comprovado com o preenchimento do RAAS; nos mostrou que ele é essencial até para a coleta de dados para avaliação do serviço. (CAPS6 P9) Eu gostei. Foi muito legal ouvir! E sabe o que eu mais gostei? Foi saber os conceitos de cada procedimento. (CAPS3 P5) Eu falo por mim mesma, responsável pela alimentação do sistema. Então é assim, deu para esclarecer muita coisa através do Seminário. (CAPS2 P3)
Possibilidades de intervenções	Acho que melhorou demais porque a gente teve outras ideias para facilitar a elaboração do PTS e esse preenchimento da RAAS, que foi uma das maiores dificuldades que a gente levantou. (CAPS4 P3) Percebemos que a RAAS tem várias possibilidades que falta consultar mais. (CAPS 7 P5) Tudo isso está sendo muito esclarecedor. [...] se a gente já olha esses códigos antes ver que já simplifica muito para montar o PTS (CAPS3 P1) Porque agora eles fazem atividades lá fora..., cursos profissionalizantes, de pintura, de música. No primeiro momento a família acha que é necessário que eles fiquem aqui e nós temos trabalhado a conscientização deles que isso aqui (o CAPS) não é tudo! E tem dado certo! Aqui é uma parte e que a gente precisa deixar espaço na agenda dele para ter uma vida lá fora. (CAPS7 P3)
Possibilidades de registro	A gente imprimiu os instrumentos e colocou dentro da nossa pasta para quando a gente for preencher pensar bem: Essa atividade está dentro de qual procedimento? Para a gente preencher certo, porque estávamos preenchendo códigos que às vezes não contemplavam as atividades que estavam sendo feitas e existem códigos que contemplam melhor as atividades que a gente realiza dentro do CAPS, então isso melhorou bastante para a gente. (CAPS2 P4) É interessante que, antes da gente ter conhecimento dessas ações, a gente só registrava grupo, atendimento individual e atendimento de família ficavam tão pobres...? Hoje, que a gente tem o conhecimento de todas as ações, a gente vê o tanto que a gente articula, o tanto que a gente faz por cada um deles. (CAPS 3 P9)

Os participantes avaliaram positivamente o Seminário, destacando os conhecimentos relacionados ao uso dos registros como ferramenta para monitoramento de indicadores de evidências do trabalho que é desenvolvido nos CAPS, além de ampliar o entendimento dos conceitos de registros. Muitos profissionais ficaram impressionados com o desconhecimento pessoal sobre a descrição dos procedimentos e avaliaram a estratégia adotada no processo de EPS como muito oportuna.

Consideramos que a EPS é processual e possível quando está interligada à problematização e à articulação em equipe para favorecer a tomada de decisão coletiva como forma de superação de dificuldades (MICCAS; BATISTA, 2014)

A realização de seminários pode, na maioria das vezes, ser considerado com uma estratégia de Educação Continuada, um tipo de formação convencional (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Entretanto, apesar da estratégia pedagógica ter sido um seminário, houve intensa participação dos profissionais e muitos espaços para trocas de experiências e dúvidas.

Alguns autores criticam e consideraram que a Educação Continuada está pautada na transmissão de conhecimentos, onde são aplicados os conhecimentos (acadêmicos) descontextualizados da prática e desconectados da solução dos problemas cotidianos (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Entretanto, considerando que o Seminário não seria a única estratégia de formação e que ele estava inserido num processo de EPS, optamos por fazê-lo e os profissionais avaliaram positivamente no sentido ampliar o conhecimento das possibilidades de registro.

Lemos (2016), ao criticar o reducionismo da EPS apenas a uma questão metodológica para levantamento e resolução de problemas do serviço, já considerava a transmissão de conteúdos/conhecimentos elaborados para também promover ampliação do conhecimento, no sentido de favorecer a compreensão do trabalho e de suas contradições.

O conteúdo do seminário foi contextualizado, porque partiu da problematização dos dados originados dos grupos focais, na primeira etapa da pesquisa, que apontou pistas para explicar as discussões necessárias ao longo do seminário.

Apesar da efetivação e qualificação dos registros ser uma demanda do Ministério da Saúde em função da PNSM, o que é criticado por alguns autores

(CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013), houve a intencionalidade de construir juntamente com os profissionais que atuam na linha de frente no cuidado dos usuários um sentido para a que os registram fossem qualificados. Isso porque, em processos de EPS a aprendizagem precisa ser significativa (CECCIM, 2005, CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

Ainda, com o intuito de desconstruir ações de formação pontuais, fragmentadas, verticalizadas e conduzidas por especialistas com pouca ou nenhuma conexão com a realidade (MICCAS; BATISTA, 2014, BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017), o Seminário fez parte de um processo ampliado de qualificação e foi conduzido por especialistas e a consultora do Ministério da Saúde com ampla experiência sobre avaliação, processo de trabalho em CAPS e domínio dos instrumentos e sistema de registro.

Outro ponto a considerar é que a realização do Seminário no auditório do Conselho Estadual de Saúde de Goiás foi intencional no sentido de aproximar a discussão junto aos conselheiros, considerando que este é um órgão fundamental de monitoramento e deliberação sobre as políticas e serviços de saúde. Isso reforça a importância da EPS em contribuir com o desenvolvimento de mecanismos de pressão aos órgãos gestores e às instâncias deliberativas (BISPO JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Como descrito na metodologia, optamos pela inclusão de outros profissionais de CAPS no Seminário para oportunizar a participação daqueles que não eram sujeitos da pesquisa. Essa ação nos surpreendeu pelo interesse dos profissionais e o evento que seria para 60 pessoas (incluindo apenas os sujeitos da pesquisa), contou com a presença de 134 profissionais e não obteve maior público porque o espaço não comportava mais pessoas.

A grande demanda pode ter sido aumentada em função do ofício disparado pelo Ministério da Saúde, para alguns CAPS, informando a possibilidade de corte do recurso de custeio por ausência de informações no SIA-SUS. Profissionais de CAPS não notificados também ficaram temerosos e requereram a participação.

Inicialmente, refletimos que o aumento da demanda de participação no Seminário estava relacionado apenas ao receio de suspensão de recursos, considerando que muitos dos profissionais associavam a necessidade de maior quantitativo de registro de procedimentos ao repasse financeiro dos serviços. Mas,

com o conhecimento adquirido no Seminário, os profissionais passaram a perceber a utilização desta ferramenta na avaliação da qualidade do processo de trabalho.

O aspecto burocrático mencionado na primeira etapa da pesquisa passou a ser percebido como necessário e importante para monitorar a RAPS e evidenciar a prática psicossocial. Além disso, os participantes também compreenderam que a forma de repasse do custeio dos CAPS está estabelecida em portarias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2013a) e não de acordo com a produção do serviço.

Possivelmente, a notificação de suspensão de recursos pode ter reforçado a compreensão de repasse financeiro por produção, mas os profissionais foram esclarecidos no Seminário que esta possibilidade estava associada a inexistência de dados relacionados aos CAPS no SIA-SUS, e não necessariamente à qualidade ou quantidade de registros. Essa escassez de informações, para quem utiliza o SIS, pode ser entendido como ausência de funcionamento do serviço no CAPS.

Os relatos evidenciam que alguns profissionais percebiam limitações no uso dos registros de procedimentos e após a EPS, passaram a compreender que se realizados adequadamente, haveria maior reconhecimento das práticas psicossociais assim como reconheceram muitas possibilidades de registro das atividades desenvolvidas, que até então eles desconheciam.

Interessante notar o apontamento que fizeram, ao discutir os conceitos de cada procedimento e que esse conhecimento favoreceria a elaboração de PTS mais robustos. Assim, os participantes passaram a percebê-los como potenciais ferramentas para fomentar a discussão dos casos em equipe e ampliar as intervenções junto aos usuários, para além da lógica ambulatorial de consultas individuais e grupos pontuais.

Assim, a instituição dos instrumentos de registro nos CAPS e a ampliação dos procedimentos é uma oportunidade para análise dos processos de trabalho nos CAPS, mas também induzir a inclusão de determinadas estratégias, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial, centrado no usuário (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A partir do Seminário, as equipes começaram a discutir a prática dos registros como potencial para fazer avaliação do processo de trabalho dos CAPS e para melhoria dos PTS. Intuíram que o aumento da quantidade e qualidade dos registros está diretamente relacionado à PTS mais ampliados.

A descrição dos procedimentos não é, necessariamente, a descrição literal de uma técnica ou protocolo e não há um procedimento específico que nomeie diretamente a ação nos instrumentos (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2013). Assim, para registrar o procedimento, será necessário que o profissional reflita qual é a meta terapêutica planejada para aquele usuário. Isso pode auxiliar a sistematização do PTS visto que eles terão que refletir sobre a necessidade do cuidado a ser prestado ao usuário.

O modelo psicossocial exige mudanças no processo de trabalho em serviços substitutivos e, portanto, há necessidade de incorporação de práticas que extrapolem a consulta individual e médico-centrada. A realização de atividades grupais, por exemplo, é uma realidade no CAPS e, no entanto, os trabalhos grupais são implementados sem um acompanhamento sistemático (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que as ações coletivas nos CAPS, sejam os grupos ou as oficinas, são fundamentais no cuidado em saúde mental para interação terapêutica, promoção e sociabilidade e protagonismo dos usuários, além de desenvolvimento de habilidades específicas. Por exemplo, o atendimento a uma grupo de pessoas pode ser registrado como “Atendimento em Grupo”, “Atendimento Familiar”, “Práticas Expressivas e Comunicativas em Centro de Atenção Psicossocial”, “Práticas Corporais em Centro de Atenção Psicossocial” ou outra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). A escolha dependerá do objeto, da meta terapêutica e do método da oficina ou grupo realizado.

Ainda, por exemplo, a ação de acompanhar um usuário da Residência Terapêutica no supermercado para auxiliar nas compras, mencionada por um participante, é uma das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Essas AIVD são as relacionadas com atividades de cuidado com a casa, familiares dependentes e administração do ambiente. Não é possível registrar esse procedimento como AIVD, mas é possível registrar como “Promoção de contratualidade” que é definido com acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana -casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propicie a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b).

No modelo de atenção psicossocial a utilização de outros espaços no território, para além do espaço físico do CAPS, é uma diretriz. Para tanto é fundamental que, no PTS, sejam planejadas ações na comunidade para propiciar a reinserção social do usuário. Os registros de procedimentos de CAPS, portanto, impulsionam as equipes a ocuparem o território e permite que seja registrado, em RAAS, se a ação foi desenvolvida no CAPS ou no território.

Os procedimentos passíveis de registro contemplam as ações institucionais de articulação e sustentação da rede de cuidados que são realizadas com outros serviços e equipes do território e são registrados em BPA-C. Essa informação foi nova para a maioria dos participantes que até criticavam a impossibilidade de registrar, por exemplo, ações de matriciamento, articulações com a rede ações de redução de danos, por desconhecimento.

As possibilidades de registro das ações de BPA-C refletem também ações que são desenvolvidas no campo técnico-assistencial do modelo de atenção psicossocial, que é evidenciado pela construção de uma rede de serviços articulados como espaços de cuidado, diálogo e interlocução e dispõem de equipe multiprofissional cuja prática deve ser pautada no conceito de integralidade (AMARANTE, 2007).

5.3.2 – O significado dos procedimentos e sua inserção numa linha de cuidado em Saúde Mental

Essa subcategoria se refere à compreensão dos profissionais com relação aos procedimentos e sua associação com uma linha de cuidados desenvolvida no contexto da saúde mental e a contribuição da EPS como indicador de resultado da avaliação e qualificação dos registros.

Considerando que a realização do Seminário poderia não reverberar na prática profissional (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013), porque se capacitam profissionais que, ao retornarem aos seus serviços, não conseguem aplicar o que aprenderam ou constatarem que o que aprenderam não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta (CECCIM, 2005, LEMOS, 2016), o processo de EPS considerou várias estratégias para qualificação dos profissionais. Isso porque, apesar dos avanços da EPS, ainda permanece a

crítica da educação baseada em cursos pontuais que ocorrem fora do ambiente de trabalho com métodos transmissivos do conhecimento (CARDOSO *et al.*, 2017)

As unidades de registro e de contexto que ilustram essa categoria estão descritas no Quadro 9.

Quadro 9. O significado dos procedimentos e sua inserção numa linha de cuidado em Saúde Mental. Goiás, 2016.

Unidades de registro	Unidades de contexto
Direciona o trabalho	Então acho norteia também! A RAAS norteia a nossa função, quais são as atividades que a gente tem que desenvolver dentro da nossa unidade. Pelo menos é o que é esperado. (CAPS6 P2) Ficou claro pra gente o são esses códigos, como esse sistema é revertido para nós, qual a finalidade. Como o CAPS é mais uma questão psicossocial, tem que enfatizar mais essas questões de ações no território! Para que o profissional veja a importância dele ir para o território. (CAPS4 P9)
Dar sentido ao trabalho profissional	Fez mais sentido e dá mais motivação depois que discutimos. Por conta das dificuldades de compreensão e interação e sem acesso a treinamento, acabava ficando um instrumento chato. (CAPS7 P5) Porque alguns números que estavam lá não batiam com a realidade do que a gente faz aqui. Então, a gente pensava assim: para onde estão indo os dados que a gente fornece através da RAAS? Então, a gente ficava na dúvida se esse sistema realmente funciona da forma que a gente precisa, e que leitura que está sendo feita dele, se é correta. (CAPS1 P7)
Resultado do processo de educação permanente	Eu acho que foi bom a nossa participação no seminário, acho que abriu o nosso olhar para entender que não é só: Aaaah... meu serviço só é comprovado com a RAAS, nos mostrou que ele é essencial até para a coleta de dado mesmo do serviço. (CAPS1 P2) Acho que melhorou porque a gente teve outras ideias para facilitar esse preenchimento da RAAS que foi uma das maiores dificuldades que a gente levantou. (CAPS4 P6) Ter representação do município e do Estado nos fez acreditar. Isso foi bom demais porque nunca tinha visto isso por aqui. (CAPS6 P2) Estava acostumado a conversar com a gerência e falar das dificuldades, mas foi bom envolver a coordenação do município. (CAPS2 P7)

Considerando que a EPS é entendida como aprendizagem significativa construída coletivamente, com base no cotidiano do trabalho dos profissionais e na

perspectiva de transformação das práticas por meio de reflexão crítica sobre a realidade vivenciada na rede de serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) é que optamos por realizar as oficinas nos próprios CAPS e como temática, a elaboração de PTS e discussão dos procedimentos a partir dos casos, dúvidas e demandas que os profissionais traziam, como parte do processo de EPS proposto por este estudo.

A realização das oficinas nos próprios serviços permitiu considerar as especificidades do serviço nas discussões, já que participaram equipes de CAPS de diferentes tipos e diferentes municípios. Além disso, todos os profissionais da equipe foram envolvidos, diferentemente da participação no Seminário que necessitava de deslocamento para a capital do Estado e nem todos puderam participar. Para Ceccim (2005), ao analisarmos uma situação de maneira contextualizada, temos melhor e mais chances de descobrirmos a complexidade de sua explicação e de propor intervenções articuladas.

Durante as oficinas, era possível incluir as especificidades do território e todas as implicações políticas e estruturais dos serviços. As realidades de atendimento em saúde mental e de gestão dos serviços nos municípios do interior do Estado são diferentes das grandes cidades, porque as equipes de saúde estão mais próximas do território e da gestão, entretanto têm menos acesso a processo de formação e ou qualificação. Essas especificidades implicam diretamente no processo de trabalho dos serviços. Por isso, os coordenadores de saúde mental dos municípios foram convidados e participaram das oficinas, para que fosse possível esclarecer aspectos relacionados à gestão dos dados originados pelos registros feitos nos CAPS e desconstrução da ideia de repasse financeiro por procedimentos.

Dessa maneira se oportunizou a aproximação de gestores municipais, gestores estaduais (representados pelos pesquisadores) e equipes de saúde mental dos CAPS, que contribuiu para exercitar o processo de EPS. Com isso, os dados evidenciaram ainda que a participação da gerência estadual como apoiador institucional dos municípios e equipes envolvidas foi avaliado positivamente pelos participantes.

Esse é um desafio que está posto para os processos de EPS porque requer construção de relações que promovam a ruptura com as práticas conservadoras, verticalizadas e autoritárias. É fundamental a construção de dispositivos institucionais que estimulem a disponibilidade para estabelecer estruturas mais democráticas e participativas (SARRETA, 2009). A noção de gestão colegiada para

a educação em serviço faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva. Nesse sentido se substitui a arquitetura do organograma pela dinâmica da roda (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Vale reforçar que na EPS a aprendizagem precisa ser significativa e se relacionar com o conteúdo prévio do aluno (CECCIM, 2005, CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013), de forma que faça sentido em suas práticas cotidianas e a transformação esteja baseada na reflexão crítica sobre a realidade vivida no cotidiano, de profissionais reais, em ação na rede de serviços de saúde (CARDOSO *et al.*, 2017). Considerando esse contexto, a estratégia de associar o registro dos procedimentos e o PTS foi criada a partir do apontamento, pelos próprios participantes, de que o conhecimento e a habilidade nos registros dos procedimentos poderiam auxiliar a sistematização do PTS.

Os relatos dos profissionais ilustram o resultado dessa intervenção por considerar que o processo de EPS foi significativo ao propiciar motivação dos profissionais para a sistematização dos registros de procedimentos. Além disso, aponta significados relacionados à avaliação da prática psicossocial que é desenvolvida nos CAPS.

A estratégia de solicitar aos profissionais que relatassem os casos e a maneira como eles elaboram PTS possibilitou a problematização do processo de trabalho dos profissionais levando-os a perceber a falta de planejamento para sua elaboração segundo o desejo, a necessidade e a vontade do usuário e não considerando apenas, a oferta de atividades que o CAPS desenvolve intramuros. Isso reforça que, para que a aprendizagem se torne significativa, a construção do conhecimento passa pela problematização (SARRETA, 2009).

Ao tentar relacionar a atividade desenvolvida junto ao usuário e o registro feito nos instrumentos, os profissionais perceberam que muito do que era desenvolvido não estava sendo registrado ou havia várias outras possibilidades de intervenções que não tinham sido pensadas até aquele momento. Como foram utilizadas flores para ilustrar os procedimentos e cada pétala representava um procedimento registrado, muitas vezes, durante o relato, as flores tinham poucas pétalas (Figura 4). Após a discussão do PTS descrito pelos profissionais e a discussão dos procedimentos de CAPS, as flores ficaram mais robustas e com muitas pétalas, representando muitas possibilidades de executar o registro (Figura 5).



Figura 4. Representação do registro de procedimentos realizados em um Projeto Terapêutico Singular, antes da discussão das possibilidades de registro. Goiás, 2016.



Figura 5. Representação do registro de procedimentos realizados em um Projeto Terapêutico Singular, após a discussão das possibilidades de registro. Goiás, 2016.

A proposição desta técnica com flores considerou a necessidade de que a metodologia fosse problematizadora, criativa, provocadora com o intuito de levar os profissionais a tomar consciência do problema e neles se reconhecerem (CECCIM, 2005, CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Nas figuras 4 e 5, as flores amarelas representam procedimentos que são registrados em RAAS e flores rosas representam procedimentos que são registrados em BPA-C.

O instrumento BPA-I não foi considerado, nesta técnica, porque permite o registro apenas de “Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial” que consiste no primeiro atendimento ofertado no CAPS para novos usuários por

demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território.

Como estão demonstradas ao comparar as figuras 4 e 5, onde as ações desenvolvidas junto aos usuários, seus familiares e territórios se restringiram em apenas dois procedimentos. Após a apresentação das necessidades do usuário identificadas pela equipe na discussão dos casos, os pesquisadores auxiliavam os profissionais a reflexão crítica, a estabelecer metas terapêuticas, propor intervenções e relacionar com a lista de procedimentos descritos na Portaria. Com isso, as flores ficavam mais cheias de pétalas, o que significa desenvolvimento de PTS como maior robustez e consequentemente aumento do registro de procedimentos.

A ilustração do registro de procedimentos, antes e depois, oriundos de um PTS bem elaborado foi impactante para os profissionais. Foram experimentados, então, os “desconfortos no cotidiano do trabalho” dos trabalhadores (CECCIM, 2005). Foi possível perceber, antes da discussão do PTS, o quanto os profissionais ficavam surpresos com a subnotificação do trabalho que eles mesmos realizam e; depois, com as várias outras possibilidades de intervenções e registros para cada caso em questão.

Esses desconfortos são condições indispensáveis para que uma pessoa ou uma organização decida mudar ou incorporar novos elementos a sua prática ao perceber que a maneira vigente do fazer ou do pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho em saúde (CECCIM, 2005).

A discussão de PTS de usuários, elaborados pela própria equipe do CAPS, possibilitou que o processo de EPS fosse estruturado a partir de elementos concretos da realidade vivenciada e por meio da troca de experiências do cotidiano das pessoas envolvidas.

As contribuições da prática são, portanto, problematizadas e se configuram como uma forma de estimular o debate e a exploração temática. Não se trata somente de um exercício de estímulo de criatividade para a resolução de problemas imediatos, mas de provocação da reflexão sobre as ações e atitudes do cotidiano dos profissionais (SARRETA, 2009).

Além de elaboração de um PTS mais robusto, os profissionais foram percebendo a necessidade de articulação com outros dispositivos do território para propiciar o cuidado integral ao usuário em questão. Assim, além de compreender o significado dos procedimentos, passaram a fazer diferenciação dos instrumentos de

registro (RAAS e BPA-C).

Assim, os profissionais conseguiram perceber que o conhecimento dos procedimentos estabelecidos em Portaria possibilita a discussão do próprio processo de trabalho e permite à avaliação do trabalho que é desenvolvido nos CAPS. A compreensão dos procedimentos passíveis de registro em RAAS tem relação com a linha de cuidado em mental e o PTS. Também, os procedimentos que são registrados em BPA-C contribuem para a avaliação dos CAPS enquanto dispositivos de ativação de redes, através da interlocução entre profissionais e serviços de uma rede (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O instrumento de RAAS passou a ser entendido pelos profissionais como um retrato do PTS de um usuário e os dados oriundos do instrumento de BPA-C podem demonstrar as articulações do CAPS com outros serviços de saúde e do território, além de promoção de protagonismo dos usuários. Ambos refletem o Projeto Terapêutico Institucional do CAPS.

Considera-se que o PTS propicia aos profissionais a capacidade de refletir sobre a própria prática, seja individual ou coletiva, reconhecer suas fragilidades e potencialidades, necessidades e demandas, problemas e possibilidades, para operar a mudança necessária no cuidado psicossocial (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A linha de cuidado e o entendimento do CAPS, enquanto dispositivo de articulação de rede, contribuem para a análise e ou elaboração de Projetos Terapêuticos Institucionais dos CAPS. A articulação com outros serviços através de planos terapêuticos, reuniões ampliadas, trocas de experiências e pactuação de fluxos são potentes espaços de EPS.

O reconhecimento, pelos participantes da pesquisa, das práticas psicossociais passíveis de registro, assim como a possibilidade de registro das ações de articulação de redes e fortalecimento do protagonismo dos usuários favorece a construção de PTS comprometidos com as dimensões da atenção psicossocial (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Ressalta-se, entretanto, necessária atenção e cautela para que as equipes utilizem a lista de procedimentos de CAPS como uma orientação de linha de cuidado em saúde mental nos CAPS que seja flexível e que considere o contexto do serviço. Isso é fundamental para que os trabalhadores não se eximam da função de elaboração e gestão dos PTS ao admitir apenas as orientações prontas advindas dos órgãos gestores (FIORATI; SAEKI, 2013).

Para Ceccim (2005), a EPS é fundamental para a consolidação de práticas voltadas à resolutividade dos problemas com base na busca de soluções criativas para os problemas, o desenvolvimento do trabalho em equipe matricial, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento. Assim, o resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar e da capacidade de provocar mudanças nos processos de trabalho.

Ainda, como diferencial, a EPS propõe a construção coletiva de novas estratégias de trabalho comprometidas com os princípios e as diretrizes do SUS e com as necessidades de cada região mediante a problematização das práticas cotidianas, visando recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação (SARRETA, 2009). Ainda, problematizar significar “pensar a prática”, que pressupõe romper com a lógica individual para pensar em equipe (CARDOSO *et al.*, 2017).

Isso é fundamental porque para efetivação do modelo de atenção psicossocial, não basta apenas reformular espaços, abordagens terapêuticas ou ampliação da equipe técnica. Este processo exige a reflexão de saberes e práticas que se propõem serem desinstitucionalizantes e direcionadas à atenção psicossocial (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

A EPS também possibilitou aos profissionais ampliar a compreensão sobre o PTS e a necessidade de registro dos procedimentos, para além de um processo meramente burocrático, como possibilidade de instrumentalizar e evidenciar o trabalho que é desenvolvido pelos profissionais e para avaliar o CAPS.

Trabalho de Sarreta (2009) evidencia que a formação pela ótica da EPS promove satisfação dos trabalhadores de saúde sentida na expectativa positiva e até no contentamento, pela possibilidade de receberem informações que respondem às necessidades vivenciadas na prática.

A transformação do modelo de atenção à saúde mental é um processo social complexo, que exige a participação social, a revisão epistemológica de concepções da assistência. Nesse contexto, esse processo pode ser concretizado a partir da discussão do PTS, com práticas centradas no trabalho em equipe multidisciplinar, participação dos usuários e seus familiares e ampliação das ações para além do CAPS, promovendo assim reflexão sobre o processo de trabalho nesse importante segmento da saúde mental (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a compreensão e utilização dos instrumentos de registro de procedimentos de CAPS pelos profissionais destes serviços e, de acordo com os resultados encontrados, estabelecer um processo de Educação Permanente em Saúde nos serviços para qualificar o processo de trabalho que é realizado por eles e, por consequência, dos registros.

Os registros dos procedimentos que são feitos nos CAPS alimentam o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) do DATASUS, que é um sistema online e de acesso livre para usuários, profissionais e gestores. Esse sistema é fundamental para o monitoramento e avaliação do processo de trabalho nos CAPS.

Os procedimentos de CAPS passíveis de registro estão relacionados na Portaria Nº 854/2012 que altera e cria novos procedimentos para os CAPS e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas e também sobre a complexidade do serviço.

Este estudo evidenciou que os profissionais tinham desconhecimento sobre a Portaria e, conseqüentemente, sobre o significado dos nomes dos procedimentos, sobre o manejo, sobre a importância dos dados para gerar informações para a gestão do trabalho e serviço sobre as finalidades dos registros além de não saber fazer a diferenciação entre os instrumentos de registros.

Os registros estavam sendo feitos de forma burocrática e incorreta pelos profissionais, comprometendo a avaliação pela gestão dos CAPS porque, apesar da oportunidade e factibilidade das informações no SIA-SUS, a subnotificação dos dados compromete a confiabilidade da informação.

Para que o monitoramento e avaliação, por meio da análise dos dados disponíveis no SIA-SUS ocorram se faz necessário investimento na educação permanente dos profissionais da equipe de saúde com foco no manejo dos registros gerados a partir das ações desenvolvidas nos CAPS.

O processo de EPS aqui desenvolvido tinha como objetivo inicial orientar os profissionais apenas sobre os aspectos relacionados aos registros de procedimentos e, durante o Seminário, surgiu a compreensão da intrínseca relação entre a lista de procedimentos e uma linha de cuidado em saúde mental, mediada pelo PTS.

Com isso, um nó crítico foi evidenciado, para além da falta de entendimento sobre os registros, que foi a elaboração de PTS que não atende aos princípios do modelo de atenção psicossocial. Considerando isso é que foi proposta uma técnica

de operacionalização da terceira etapa da pesquisa que conciliasse as duas questões para discussão e a qualificação dos profissionais.

Além de ampliar o repertório de informações sobre os procedimentos em CAPS por meio das orientações transmitidas no Seminário, também foram considerados, durante as oficinas os aspectos da EPS como o desenvolvimento da ação nos serviços e para os serviços, a problematização, a aprendizagem significativa, a horizontalidade das relações e a criatividade pedagógica.

Os profissionais avaliaram positivamente todo o processo de EPS por ter auxiliado na compreensão dos registros, desconstrução da ideia de associação de registro para repasse financeiro e utilização da lista de procedimentos como pistas para elaboração de PTS. A necessidade de sistematização do PTS foi relacionada à avaliação ampliada do caso e identificação de metas terapêuticas que permitam proposição de ações mais coerentes com as necessidades do usuário e passíveis de evolução/avaliação.

Foi evidenciada a lista de procedimentos de CAPS como instrumento que orienta, minimamente, o que as equipes de um CAPS precisam desenvolver, ou seja, estabelece uma linha de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, os profissionais identificaram a possibilidade de fazer PTS mais robustos e de, inclusive, rever Projetos Terapêuticos Institucionais. A atitude de apenas discutir esses procedimentos em equipe já é uma possibilidade de reflexão do processo de trabalho segundo a lógica psicossocial, além de identificar lacunas de cuidado.

Podemos mencionar alguns exemplos de questionamentos e reflexões importantes sobre o processo de trabalho de um CAPS mediante a atitude de discutir a lista de procedimentos: Como pode um CAPS AD não registrar nenhum procedimento de “Ações de redução de danos” ou de “Promoção de Contratualidade”? Será possível um CAPS III não registrar “Acolhimento noturno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial” ou de “Atenção às situações de crise”? Um CAPS que não registra “Ações de articulação de redes intra e inter setoriais” ou “Ações de matriciamento da Atenção Básica” faz articulações no território? O que reflete que um CAPS desenvolve atividades extramuros? O retrato de um registro de CAPS que mostra 900 “Atendimentos individuais de paciente em Centro de Atenção Psicossocial”, 200 “Atendimentos em grupo de paciente em Centro de Atenção Psicossocial” e milhares de “Acolhimento diurno de paciente em Centro de Atenção Psicossocial” reflete cuidado psicossocial? O que reflete cuidado psicossocial? O

CAPS desenvolve e registra ações relacionadas a “Ações de reabilitação psicossocial” e “Promoção de contratualidade”?

Esses foram alguns dos questionamentos provocados mediante a reflexão sobre os procedimentos e, por isso, afirmamos que eles podem indicar uma linha de cuidado coerente com a proposta psicossocial. Também se verificou nesse estudo duas situações sobre a qualidade dos registros: os dados estão subnotificados e também refletem a inexistência de ações psicossociais.

Considerando a complexidade do cuidado em saúde mental, outras ações podem ser desenvolvidas que não estavam contempladas na lista. Fato é que os profissionais participantes deste estudo identificaram apenas a impossibilidade de registrar as ações de busca ativa dos usuários, considerando que, para isso, podem ser necessárias várias articulações com os serviços da rede intra e intersetorial.

Outra percepção dos profissionais, após o processo de EPS, foi a de que os procedimentos descritos em Portarias atendem aos princípios da atenção psicossocial e contemplam a maior parte das ações que são desenvolvidas pelas equipes nos CAPS. Entretanto, a impossibilidade de incluir todos os CBOs de profissionais que trabalham no CAPS e a obrigatoriedade de registro do campo CID foram aspectos avaliados como limitadores para o registro e para a prática psicossocial.

As incompletudes e a subnotificação dos dados não retratam as atividades dos profissionais das equipes dos CAPS estão desenvolvendo e, por isso, a conclusão de qualquer análise dos dados gerados por meio deles não coincide com a realidade dos serviços, o que justifica ou demanda ações de EPS.

Relacionado a isso, destaca-se a escassez de pesquisas sobre o tema, o que provavelmente limita o conhecimento dos profissionais e a utilização dos SIS para monitoramento e avaliação dos CAPS. Na literatura, não foi encontrado até então nenhum trabalho que utilizasse o SIA-SUS como fonte de dados para o desenvolvimento da pesquisa e nem outro trabalho que avaliasse os dados disponíveis neste SIS.

Durante o processo de EPS desenvolvido, os profissionais perceberam grandes possibilidades para evidenciar as práticas psicossociais, ao compreender todo o processo de registro das ações desenvolvidas no CAPS ou em outros dispositivos do território. Essa compreensão por parte dos profissionais é fundamental para fazer defesa do modelo de atenção psicossocial, posto que ainda

tenhamos dois modelos contraditórios de cuidado em saúde mental no país e uma Reforma Psiquiátrica para ser consolidada.

Se o registro for qualificado, os dados disponibilizados no SIA-SUS serão importantes fontes para elaboração de indicadores de qualidade do processo de trabalho nos CAPS. Este pode ser o caminho a ser trilhado pelos gestores, profissionais e pesquisadores para gerar informações oportunas para tomada de decisão com o intuito de adequação do processo de trabalho nos serviços, alcance da qualidade dos resultados e consequentemente do atendimento aos usuários no contexto da saúde mental regional e nacional.

A equipe da GSM/SPAIS/SES-GO adotou a técnica da flor como método de apoio institucional nos diversos CAPS espalhados pelo Estado, justamente por perceber a possibilidade de provocar a problematização do Projeto Terapêutico Institucional dos CAPS. A provocação tem ocorrido numa relação de horizontalidade e em roda, mediada pela discussão do processo de trabalho para elaboração de PTS e registros dos procedimentos.

Destacamos que a utilização do processo de EPS foi estratégica por representar uma importante interlocução entre uma instituição formadora e de pesquisa com as instâncias gestoras da saúde do Estado de Goiás e do Ministério da Saúde, principalmente durante a coleta de dados porque possibilitou identificar importante lacuna de investimento científico e de gestão nos Centros de Atenção Psicossocial.

As principais contribuições deste trabalho para a saúde mental estão relacionadas ao apontamento da necessária qualificação dos dados relativos ao processo de trabalho do CAPS no SIA-SUS para posterior utilização em avaliação para tomada de decisão no contexto da gestão, defesa da assistência psicossocial; e da proposição de uma EPS para qualificar os PTS dos usuários, o Projeto Terapêutico Institucional do CAPS e, consequentemente, dos registros dos procedimentos.

Em nível estadual, a utilização do conhecimento já produzido por essa pesquisa, ao envolver os potenciais usuários em todo processo avaliativo é uma realidade, especialmente, por considerar que quanto mais próximo o avaliador estiver do gestor, maior a possibilidade de utilização dos resultados no aperfeiçoamento da gestão (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O Estado de Goiás possui, instalado na sede da Secretaria de Estado da Saúde, o Conecta SUS. Consiste numa estrutura de apoio de Tecnologia da Informação e Comunicação que monitora informações em Saúde do Estado, para subsidiar técnicos a coordenarem, com precisão as atividades, ações e políticas da Secretaria, onde trabalham técnicos qualificados nas suas áreas de atuação, que pertencem aos quadros da própria Secretaria.

Apesar da importância dos achados desta pesquisa reconhecemos que os dados disponíveis no SIA-SUS não foram objetos de investigação, razão pela qual consideramos importante desenvolver trabalhos para avaliar a completude dos dados e ou que utilizem as informações disponíveis neste SIS. Isso permitirá mais investimentos na orientação dos profissionais para uso do SIS e utilização dele para auxiliar a tomada de decisão. Para tanto sugerimos, que os dados do SIA-SUS sejam disponibilizados para que a equipe de saúde mental possa monitorar o processo de trabalho que é desenvolvido nos CAPS, além de propor indicadores de avaliação da qualidade.

Considerando as atuais ameaças políticas de retrocessos na garantia de direitos das pessoas com transtorno mental e ou usuário de álcool e outras drogas, conquistados com a Reforma Psiquiátrica, o monitoramento e a evidência do trabalho desenvolvido nos CAPS e de articulação da RAPS é uma estratégia de enfrentamento e de luta.

O registro adequado e completo das ações por meio dos procedimentos de CAPS é a possibilidade de fazer militância pela Reforma Psiquiátrica brasileira por meio do monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado ofertado pelos CAPS.

A militância é importante, mas é fundamental a existência de dados passíveis de serem transformados em informações sobre os CAPS. Isso possibilita atuar na gestão e militância com evidência científica pela utilização de dados oportunos e confiáveis sobre o trabalho dos profissionais nos CAPS, em outros serviços de saúde e em outros serviços de território.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida AS, Furegato ARF. Papeis e funções dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Online]. 2015. jan/jun; 4(1):79-88.
2. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate*. 2001; 25(58):35-47.
3. Alves PF, Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira MM, Silveira KL. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. *Saúde debate* [internet]. 2017 [cited 2017 nov 05]; 41(Especial): 50-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0050.pdf>.
4. Amarante P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
5. Andrade SM, Soares DA. Dados e informação em Saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordon Junior L, editors. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL; 2001. p. 268.
6. Bandeira M, Lima LA, Barroso S. *Avaliação de serviços de saúde mental*. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4th ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2010.
8. Batista MAC, Maldonado JMSV. Sistemas de Informação: elemento indutor e potencializador dos processos internos de gestão nas instituições públicas de ciência e tecnologia em saúde. In: Gurgel IGD, Medeiros KR, Aragão AAV, Santana RM, editors. *Gestão em Saúde Pública: Contribuições para a Política*. Recife: Editora UFPE; 2014.
9. Bezerra Júnior B. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(12):4590-602.
10. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33.
11. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011. jan/abr; 22(1):85-92.
12. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica*. 2007; 41(1):150-3.
13. Brasil. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de

Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União: 2004.

14. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
15. Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009; 43(Supl. 1):16-22.
16. Cardoso MLM, Costa PP, Costa DM, Xavier C, Souza RMP. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. Cien Saude Colet. 2017; 22:1489-500.
17. Carvalho ALB, Shimizu HE. The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers. Interface (Botucatu, Online) [internet]. 2017 [cited 2017 set 31]; 21(60): 23-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/en_1807-5762-icse-1807-576220150817.pdf.
18. Cavalcante ACG, Esperidião E, Silva NS, Silva KS, Souza ACS. Indicativos do processo de avaliação de serviços de Saúde Mental. Rev Eletr Enf [internet]. 2014; 16(1): 109-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19987>.
19. Cavalcante RB, Silva PC, Ferreira MN. Sistemas de Informações me Saúde: possibilidades e desafios. Rev enferm UFSM [internet]. 2011 [cited 2017 ago 31]; 1(2): 290-9. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2580/1643>.
20. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005. set.2004/fev.2005; 16(9):161-77.
21. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14:41-65.
22. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 08. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa! de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Brasília, Brasil: Comissão Intergestores Tripartite, 2016.
23. Contandriopoulos AP, Chanpagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 1997.
24. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2014 [cited 2017 jun 26]; 19(11):

4467-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4467.pdf>.

25. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yassui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, editor. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 13-44.

26. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cien Saude Colet*. 2015; 20:3243-53.

27. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.

28. Donabedian A. Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nurs Stand*. 1992; 7(11 Suppl QA):4-5.

29. Fiorati RC, Saeki T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. *Saúde e Sociedade*. 2012; 21:587-98.

30. Fiorati RC, Saeki T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*. 2013; 37:305-12.

31. Fisher CE, Spaeth-Rublle B, Pincus HA. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. *International Journal for Quality in Health Care* [internet]. 2012 [cited 23 jan 2014]; 25(1): 75-80. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/>.

32. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes fatores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11):2671-80.

33. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(1):102-10.

34. Gama JRA. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. *Rev Saude Col*. 2012; 22(4):1397-417.

35. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, Mota ELA. Incorporation of information technology in Primary Care of SUS in North-eastern Brazil: expectations and experiences. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2016 [cited 2017 jul 24]; 21(3): 891-902. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/en_1413-8123-csc-21-03-0891.pdf.

-
36. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*. 2011; 16(4):2145-54.
37. Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 1997.
38. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teórico à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2005.
39. Hirdes A, Scarpato HBK. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20:383-93.
40. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LLd, Penha JCd. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2015; 24:112-20.
41. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16:3051-60.
42. Kantorski LP. Os desafios da avaliação no campo da saúde mental. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2012 [cited 23 ago 2013]; 14(1): 10-1. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a01.htm>.
43. Kinker FS. Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2016; 24(2):413-20.
44. Kinker FS, Imbrizi JM. O Mito das Oficinas Terapêuticas. *Revista Polis e Psique*. 2015; 5:61-79.
45. Laudon KC, Laudon JP. Gerenciamento de sistemas de informação. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC; 1999.
46. Lauriks S, Buster MCA, Wit MASd, Arah OA, Klazinga NS. Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health* [internet]. 2012 [cited 13 set 2013]; 12(103): 1 - 26. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/214>.
47. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Cien Saude Colet*. 2016; 21:913-22.
48. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2009; 25:2095-109.

-
49. Mângia EF. Formação e educação permanente para produzir boas práticas em saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2009. maio/ago; 20(2):1-2.
50. Matos JAV, Vieira LS, Franco LMC. O impacto do gerenciamento da informação em saúde no exercício da enfermagem brasileira no período de 2004-2009. *Rev Min Enferm*. 2015. jul/set; 19(3):752-60.
51. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
52. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar com *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21:1737-46.
53. Merhy EE. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato*. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
54. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2005. set.2004/fev.2005; 9(16):161-77.
55. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48:170-85.
56. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(1):159-64.
57. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais* ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2005.
58. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001.
59. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004. 86 p.
60. Ministério da Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008. p.
61. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009. 64 p.

62. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011(*). Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011a.
63. 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, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011b.
64. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Brasília (Brasília): Ministério da Saúde, 2012a.
65. Ministério da Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: 2012 ago 22, 2012b.
66. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: 2013 jun 13, 2012c.
67. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.966, de 10 de setembro de 2013. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013a.
68. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 - 2015. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013b. 156 p.
69. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 12. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015. 48 p.
70. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2016. p.
71. Montenegro LC, Brito MJM, Cavalcante RB, Caram CS, Cunha GAM. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. J Health Inform [internet]. 2013 [cited 2017 mar 23]; 5(1): 3-8. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/203/158>.
72. Moreira MIC. Pesquisa-intervenção: especificidades e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: Castro LR, Besset VL, editors. Pesquisa-intervenção na infância e juventude. Rio de Janeiro, RJ: NAU; 2008.
73. Morgan DL. Focus Groups as Qualitative Research. ed. London: SAGE Publications; 1997.

-
74. Mota E, Carvalho D. Sistemas de informação em saúde. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, editors. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2013. p. 605-28.
75. Nóbrega MPSS, Domingos AM, Silveira ASA, Santos JC. Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev bras enferm* [internet]. 2017 [cited 2017 jul 26]; 70(5): 965-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/0034-7167-reben-70-05-0965.pdf>.
76. Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em Saúde. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(5):547-59.
77. O'brien JA. *Sistemas de informações gerenciais: estratégicas, táticas, operacionais*. 10 ed. São Paulo: Atlas; 2005.
78. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório sobre a Saúde no Mundo: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Genebra: World Health Organization; 2001. p.
79. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTLS. Evaluation Indicators for the Psychosocial Care Centers Type III: results of a participatory design *Saúde debate* [internet]. 2017 [cited 2017 nov 05]; 41(Especial): 71-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/en_0103-1104-sdeb-41-nspe-0071.pdf.
80. Onocko-Campos RT, Furtado JP. 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. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:1053-62.
81. Pande MNR, Amarante PDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(4):2067.
82. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation. The new century text*. ed. Thousands Oaks - London - New Delhi: SAGE Publications; 1997.
83. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto & contexto enferm* [internet]. 2016 [cited 2017 maio 23]; 25(3): e3440015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/0104-0707-tce-25-03-3440015.pdf>.
84. Pinho LB, Rodrigues J, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2012 [cited 25 nov 2013]; 1: 25-32. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>.

85. Rézio LA, Oliveira AGB. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):346-54.
86. Rinaldi DL, Bursztyn DC. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq Bras Psico*. 2008; 60:32-9.
87. RIPSА. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (Brasil): Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.
88. Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2003; 23:64-73.
89. Rodovalho ALP, Pegoraro RF. Integrative review of literature on the construction of Therapeutic Projects Singles in the mental health field. *SMAD, Rev eletrônica saúde mental alcool drog* [internet]. 2016 [cited 2017 nov 11]; 12(4): 240-8. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n4/07.pdf>.
90. Santos AF, Fonseca Sobrinho D, Araujo LL, Procópio CSD, Lopes ÉAS, Lima AMLD, et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* (Online) [internet]. 2017 [cited 2017 out 26]; 33(5): Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00172815.pdf>.
91. Santos SR, Fereira JA, Cruz EMMS, Leite EMAM, Pessoa JCS. Sistema de Informação em saúde: gestão e assistência no Sistema Único de Saúde. *Cogitare Enferm*. 2014. Out/Dez; 19(4):833-40.
92. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. ed. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.
93. Schellings R, Essers BAB, Kessels AG, Brunner F, Ven Tvd, Robben PBM. The development of quality indicators in mental healthcare: a discrete choice experiment. *BMC Psychiatry* [internet]. 2012 [cited 13 set 2013]; 12(103): 1 - 5. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/103>.
94. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Nota Técnica: Registro das Ações e Processos de Trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial. ed. Porto Alegre: Coordenação Estadual de Saúde Mental; 2013.
95. Shield T, Campbell S, Rogers A, Worrall A, Chew-Graham C, Gask L. Quality indicators for primary care mental health services. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12(1):100-6.
96. Silva NEK, Sancho LG, Figueiredo WS. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21:843-52.

97. Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental do interior do Estado de Goiás [Dissertação]. Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás; 2012.
98. Silva NS, Esperidião E, Silva KKCd, Souza ACS, Cavalcante ACG. Perfil profissiográfico de trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde mental. *Rev enferm UERJ*. 2013. abr/jun; 21(2):185-91.
99. Silva NS, Souza ACS, Moreira ACGC, Esperidião E, Silva KC. Conhecimento dos coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre Política Nacional de Saúde Mental. *Cien Saude Colet*. 2015. Abr/Jun; 14(2):1106-14.
100. Surjus LTLS, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev Latino Psicop Fundamental*. 2011; 14:122-33.
101. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drumond Junior M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2012 [cited 2017 mar 25]; 17(4): 839-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf>.
102. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2012; 17:821-8.
103. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RAd, 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. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:807-15.
104. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [cited 2017 out 16]; 51(19): 1-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf>.
105. Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2016; 20:313-23.
106. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. ed. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2014.
107. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-8.
108. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(4):2133-4.

-
109. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertoncetto KCG. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [internet]. 2016 [cited 11 nov 2017]; 20(3): Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf>.

APÊNDICE A – Perguntas norteadoras para realização dos grupos focais

Acolhimento	Utilização de tecnologia de grupo vitalizadora e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Questões norteadoras	1. O que você compreende sobre o RAAS? Fale sobre a finalidade do seu uso. 2. Fale sobre a sua experiência na utilização da RAAS? 3. Quais são os fatores facilitadores e dificultadores na utilização do RAAS? (Vantagens e desvantagens) – Para os profissionais: – Para o serviço no CAPS: – Para os usuários 4. Quais profissionais da equipe do CAPS que realizam os registros no RAAS? 5. Quais os procedimentos relativos às ações de cuidado prestado aos usuários que são registradas no prontuário? 6. E quais os procedimentos relativos às ações de cuidado prestados aos usuários que são registradas no RAAS? 7. Tem alguma ação que vocês fazem e que não é registrada no RAAS ou em outro lugar? 8. Quais sugestões vocês têm para a melhoria da utilização da RAAS?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: INDICADORES DE AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Trata-se de um projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação/Doutorado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Eu, Nathália dos Santos Silva, enfermeira, COREN-GO 257.560, estou coordenando a referida pesquisa e em caso de dúvida, você poderá entrar em contato, a qualquer momento, no telefone (62) 8217-3687 inclusive por meio de ligações a cobrar.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: elaborar indicadores de qualidade do processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); e como objetivos específicos: analisar o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde como fonte de dados para indicadores de qualidade do processo de trabalho em CAPS, definir ações prioritárias para a proposição de indicadores de qualidade do processo de trabalho em CAPS; elaborar ficha de caracterização desses indicadores propostos e analisar os atributos dos indicadores.

Para tanto, a elaboração dos indicadores ocorrerá de forma participativa e possibilitará aprendizado coletivo, compartilhado e produzido em processos dialógicos e interativos muito coerentes com a proposta da prática psicossocial nos CAPS. A coleta de dados ocorrerá em três etapas por meio de oficinas de forma que, ao final, os indicadores estejam elaborados coletivamente.

Informamos que o Sr(a) que durante a execução do projeto poderão ocorrer desconforto relacionado ao exigido ao longo das oficinas e ou constrangimento ao expor suas opiniões. Para minimizar e evitar isso, técnicas de dinâmicas grupais serão planejadas para favorecer a sua participação, além de evitar discussões maçantes e enfadonhas. Também, garantimos a possibilidade de escuta e respeito à sua opinião e percepção do problema.

Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação, mas a realização deste projeto será uma oportunidade de educação permanente para você e os indicadores elaborados serão instrumentais de gestão importantes para a avaliação da qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes nos CAPS.

Os resultados poderão ser publicados em congressos e revistas científicas, onde as informações que forem coletadas permanecerão anônimas.

Para obter esses dados, contamos com sua participação ao longo das oficinas. Asseguramos que as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas para fins de ensino e pesquisa. Colocamo-nos a disposição para o esclarecimento que se fizer necessário.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,
RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: INDICADORES DE AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, como participante. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Nathália dos Santos Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Nome do participante

Assinatura

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO 1 - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS)

		RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS		pg. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			CNPES	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS				
Nº DO PRONTUÁRIO		NOME DO PACIENTE		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO M ☐ F ☐	DATA DE NASCIMENTO	
RAÇA/COR		ETNIA INDIGENA		NACIONALIDADE
NOME DO RESPONSÁVEL		NOME DA MÃE		
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDENCIA		MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
COMPLEMENTO		TELEFONE CELULAR DDD Nº DO TELEFONE		TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE
DADOS DO ATENDIMENTO				
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO
Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? ☐ NÃO ☐ SIM		Em caso positivo marque uma ou mais alternativas Álcool ☐ Crack ☐ Outras Drogas ☐		ORIGEM DO PACIENTE ☐ Demanda Espontânea ☐ Atenção Básica ☐ Serviço de Urgência ☐ Outro CAPS ☐ Hospital Geral ☐ Hospital Psiquiátrico
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO – CAUSAS ASSOCIADAS		
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? ☐ SIM ☐ NÃO		ENCAMINHAMENTO ☐ Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS ☐ Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica ☐ Alta ☐ Óbito		
AÇÕES REALIZADAS				
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO
CBO DO EXECUTANTE		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
		☐ Ação realizada no CAPS ☐ Ação realizada no Território		

ANEXO 2 – Boletim de Produção Ambulatorial – Individualizado (BPA-I)

 Ministério da Saúde SUS Sistema Único de Saúde	BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____ CNES: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ NOME DO PROFISSIONAL: _____ CRM: _____ MEDICO: _____ EQUIPE: _____ POLIA: _____	
SEQUÊNCIA 1	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____ RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ CEP: _____ Cód. IBSGE MUNICÍPIO: _____ MASC ☐ FEM ☐ CDD LOGRADOURO: _____ ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CID: _____ TELEFONE FIXO/CEL: _____ E-MAIL: _____	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO: _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QTD: _____ CNPJ: _____ SERVIÇO: _____ CLASSE: _____ CID: _____ CARÁTER DE ATENDIMENTO: _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO: _____	
SEQUÊNCIA 2	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____ RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ CEP: _____ Cód. IBSGE MUNICÍPIO: _____ MASC ☐ FEM ☐ CDD LOGRADOURO: _____ ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CID: _____ TELEFONE FIXO/CEL: _____ E-MAIL: _____	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO: _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QTD: _____ CNPJ: _____ SERVIÇO: _____ CLASSE: _____ CID: _____ CARÁTER DE ATENDIMENTO: _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO: _____	
SEQUÊNCIA 3	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ NACIONALIDADE: _____ RAÇA/COR: _____ ETNIA: _____ CEP: _____ Cód. IBSGE MUNICÍPIO: _____ MASC ☐ FEM ☐ CDD LOGRADOURO: _____ ENDEREÇO: _____ NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____ CID: _____ TELEFONE FIXO/CEL: _____ E-MAIL: _____	
PROCEDIMENTO REALIZADO	
DATA DO ATENDIMENTO: _____ CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QTD: _____ CNPJ: _____ SERVIÇO: _____ CLASSE: _____ CID: _____ CARÁTER DE ATENDIMENTO: _____ Nº DA AUTORIZAÇÃO: _____	
RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
CARGO: _____ RUBRICA: _____ DATA: ____/____/____	CARGO: _____ GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL RUBRICA: _____ DATA: ____/____/____

ANEXO 3 – Boletim de Produção Ambulatorial – Consolidado (BPA-C)

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIA/SUS Boletim de Diferença de Pagamento/Débito – BDP/D			
Dados Operacionais				
CNES do Estabelecimento:	NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:			
UF:	MÊS: ANO:			
FOLHA:				
ATENDIMENTO REALIZADO				
SEQUÊNCIA	PROCEDIMENTO	CEO	QUANTIDADE	VALOR
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
TOTAL				
Formalização				
RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde): CARIMBO: RUBRICA DATA: / /		GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL: CARIMBO: RUBRICA DATA: / /		

ANEXO 4 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: Nathália dos Santos Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52559216.3.0000.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.502.429

Apresentação do Projeto:

INDICADORES DE AVALIAÇÃO PARA A GESTÃO DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Nathália dos Santos Silva

FINALIDADE DA PESQUISA: obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

INTRODUÇÃO:

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970, provocou modificações importantes no campo da saúde mental ao propor o fechamento dos manicômios e a reinserção social do doente mental como metas de cuidado. Como resultado principal deste processo, o Brasil reconhece e legitima os direitos dos portadores de transtornos mentais e estabelece que o cuidado para essas pessoas deva ocorrer em serviços abertos e inseridos na comunidade (BRASIL, 2001).

Assim, o paradigma de atenção à saúde mental também foi alterado do modelo hospitalocêntrico para o modelo psicossocial e foram criados vários serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2007).

Dentre os serviços substitutivos destaca-se o Centro de Atenção Psicossocial

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.502.429

(CAPS) que é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado de pessoas que sofrem com transtornos mentais ou para usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população territorial, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Estudos apontam que, a Reforma Psiquiátrica brasileira avança e retrocede, havendo a necessidade de que o contexto assistencial seja continuamente avaliado como uma ação potencial para a efetivação de práticas e saberes psicossociais, no contexto da mudança de paradigma em saúde mental (ALMEIDA; ESCOREL, 2001; FURTADO; CAMPOS, 2008; CAMPOS et al., 2009; MIELKE et al., 2009; KANTORSKI, 2012; BANDEIRA; LIMA; BARROSO, 2014).

A necessidade de avaliação apontada pelos pesquisadores vem de encontro com a sugestão da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que os serviços de Saúde Mental sejam avaliados internacionalmente na tentativa garantir a qualidade da assistência bem como de alcançar as metas de garantia de direitos humanos do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo (OMS, 2001).

A avaliação da qualidade de serviços de saúde mental atrelada à proposta de reformulação do modelo assistencial tem, portanto, função política de servir como instrumento de potencialização das práticas psicossociais (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

O estabelecimento de indicadores de qualidade de serviço e assistência nos CAPS, no contexto da atenção em saúde mental brasileira, fornecerá subsídios para posicionamentos científico-técnico-político-gestor para garantir a efetividade da atenção psicossocial e ocorrerá em momento oportuno em que a RAPS está sendo implantada e que há necessidade de monitoramento e avaliação. Os indicadores podem ser catalisadores de iniciativas de boas práticas que poderá influenciar na melhoria de qualidade, o que é particularmente relevante diante das dificuldades e desafios enfrentados pelos gestores e profissionais.

Tipo de estudo:

Trata-se de uma pesquisa metodológica, reflexiva-participativa de natureza qualitativa.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: oephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.502.429

Local de estudo:

O estudo será realizado em um CAPS de cada tipo (I, II, III, AD, Infantil, III e AD III) do Estado de Goiás, portanto, perfazendo sete CAPS. Os CAPS serão selecionados aleatoriamente entre todos os habilitados, há mais de dois anos, por meio de sorteio.

Participantes do estudo:

Participarão do estudo pesquisadores e profissionais com significativa experiência na área de gestão, saúde mental e de trabalho em CAPS, considerando as seguintes representações:

- 4 profissionais vinculados à gestão estadual de Serviços de Saúde Mental;
- 7 profissionais vinculados aos CAPS selecionados, sendo um de cada CAPS;
- 3 pesquisadores da área de saúde mental com atuação em atenção psicossocial.

Serão incluídos os profissionais que possuírem, no mínimo dois anos de experiência em atenção psicossocial ou pós-graduação em Saúde Mental ou em áreas afins.

Serão excluídos os profissionais, pesquisadores e usuários que não possuam disponibilidade de tempo para participar das oficinas.

Análise dos dados:

Para analisar o processo de construção dos indicadores, os dados obtidos por meio das transcrições dos áudios e diário de campo serão submetidos à análise temática de conteúdo conforme propõe Bardin (BARDIN, 2010), com o auxílio do ATLAS.ti 6.2, que consiste em um software de análise de dados qualitativos (SILVA, 2012).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Elaborar indicadores de qualidade do processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial.

Objetivos Específicos:

Analisar o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde como fonte de dados para indicadores de qualidade do processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial;

Definir as ações prioritárias para a proposição de indicadores de qualidade a

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.502.429

partir das estabelecidas para Centros de Atenção Psicossocial;
Elaborar ficha de caracterização dos indicadores de qualidade do processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial propostos;
Analisar os atributos dos indicadores de qualidade do processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta proposta não oferece risco à integridade física das pessoas, mas pode provocar desconforto pelo tempo exigido ao longo das oficinas e ou constrangimento nos participantes ao expor suas opiniões. Sendo assim, técnicas de dinâmicas grupais serão planejadas para favorecer a participação dos participantes, além de evitar discussões maçantes e enfadonhas. Aos participantes será garantida a possibilidade de escuta e respeito à sua opinião e percepção do problema.

Benefícios:

A realização deste projeto pode ser potencial estratégia de educação permanente para os participantes da pesquisa ao possibilitar a ampliação do conhecimento sobre as práticas psicossociais e sobre os instrumentos de registro.

Além disto, os indicadores elaborados serão instrumentais de gestão importantes para a avaliação da qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes nos CAPS, no sentido de viabilizar a tomada de decisão no sentido no contexto das políticas públicas de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, pois, o estabelecimento de indicadores de qualidade de serviço e assistência nos CAPS, no contexto da atenção em saúde mental brasileira, poderá fornecer subsídios para posicionamentos científico-técnico e político-gestor para garantir a efetividade da atenção psicossocial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados adequadamente conforme a Resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.502.429

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências e inadequações foram corrigidas conforme solicitado pelo colegiado e anexadas adequadamente conforme a Resolução CNS 466/2012.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_628791.pdf	07/03/2016 10:52:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	07/03/2016 10:49:37	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	07/03/2016 10:45:17	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Outros	Termo_anuencia_do_gestor.pdf	07/03/2016 10:44:02	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_SPAIS.pdf	07/03/2016 10:42:59	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/01/2016 20:00:51	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	certidao_FEN.pdf	10/01/2016 19:41:44	Nathália dos Santos Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CONEP.pdf	10/01/2016 19:38:46	Nathália dos Santos Silva	Aceito

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.502.429

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 15 de Abril de 2016

Assinado por:

JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020
UF: GO Município: GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br