

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

CARE QUALITY IN MENTAL HEALTH: DEVELOPMENT OF AN ASSESSMENT INSTRUMENT

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL: DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Dulcian Medeiros de Azevedo¹, Marina de Góes Salvetti², Gilson Vasconcelos de Torres³

RESUMO

Objetivo: desenvolver um instrumento para avaliar a estrutura e o processo da assistência em saúde mental nos centros de atenção psicossocial e buscar evidências de validade de conteúdo. **Método:** estudo transversal, metodológico, com abordagem quantitativa, em duas etapas. Considerou-se a avaliação normativa, a partir de um instrumento de pesquisa (*check-list*). Na verificação dos níveis de concordância e de consistência entre os juízes (n=50), foram aplicados o Coeficiente Kappa e o Índice de Validade de Conteúdo. **Resultados:** a maioria dos juízes era da região Sudeste: enfermeiros, doutores, atuantes na docência e pesquisa. Na rodada 1, dos 40 itens propostos para o instrumento, 13 foram excluídos e 08 sugeridos. Na segunda rodada, dois novos sugeridos. **Conclusão:** a composição do instrumento foi aceita pelos juízes e os índices aplicados mostraram evidências de validade de conteúdo do mesmo.

Descritores: Pesquisa sobre serviços de saúde; Saúde mental; Qualidade da assistência à saúde; Validade social em pesquisa; Serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Objective: this study aimed to develop an instrument to evaluate the structure and process of mental health care in Psychosocial Care Centers and to seek evidence of content validity. **Method:** cross-sectional methodological study with quantitative approach in two stages. The normative evaluation of a research instrument (checklist) was carried out. The Kappa coefficient and the Content Validity Index were applied to check the levels of agreement and consistency among judges (n=50). **Results:** most of the judges were from the southeast region: nurses, doctors, active in teaching and research. In phase 1, 13 of the 40 proposed items of the instrument were excluded and 08 suggested. In phase 2, two new items were suggested. **Conclusion:** the composition of the instrument was accepted by judges and the applied indexes indicated evidence of validity of their content.

Descriptors: Health services research; Mental health; Quality of health care; Social validity in research; Mental health services.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo desarrollar una herramienta para evaluar la estructura y el proceso de la atención sanitaria prestada en los centros de atención psicossocial y buscar evidencias de validez de contenido. **Método:** Estudio transversal, metodológico con enfoque cuantitativo en dos etapas. Se consideró la evaluación normativa, a partir de un instrumento de investigación (lista de comprobación). En la verificación de los niveles de concordancia y de consistencia entre los jueces (n = 50) se aplicaron el Coeficiente Kappa y el Índice Validez de Contenido. **Resultados:** La mayoría de los jueces eran del Sudeste: los enfermeros, doctores, activos en la docencia y en la investigación. En la fase 1, entre los 40 artículos propuestos, se excluyeron 13 y 08 sugeridos. En la fase 2, dos nuevos fueron sugeridos. **Conclusión:** La composición del instrumento fue aceptado por los jueces y los índices aplicados indican evidencias de la validez de su contenido.

Descriptorios: Investigación en servicios de salud; Salud mental; Calidad de la asistencia a la salud; Validez social de la investigación; Servicios de salud mental.

¹Graduado em Enfermagem. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Professor Adjunto IV na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - Campus Caicó. ²Graduada em Enfermagem. Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. ³Graduado em Enfermagem. Pós-Doutorado em Enfermagem na Universidade de Évora/Portugal. Professor na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Campus Central.

Como citar este artigo:

Azevedo DM, Salvetti MG, Torres GV. Qualidade da assistência em saúde mental: avaliação de estrutura e processo. 2017;7:e1685. [Access _____]; Available in: _____. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1685>

INTRODUÇÃO

Com a criação dos serviços substitutivos e a inserção de ações de saúde mental na atenção básica, a partir da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, novas abordagens terapêuticas são desenvolvidas junto às pessoas com transtorno mental, usuárias de substâncias psicoativas e seus familiares^(1,2). Este processo de mudanças tem estimulado formas mais adequadas de cuidado à loucura, e à dependência química na família e na sociedade.

Apesar dos esforços por mudanças efetivas das práticas em saúde nesta área, antigos e novos obstáculos emergem no território brasileiro: reprodução e apego a práticas manicomial nos serviços substitutivos; ausência de diálogo entre atenção básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); serviços insuficientes de Urgência/Emergência Psiquiátrica (quantidade e resolutividade); leitos psiquiátricos em hospitais gerais com uso inadequado; aumento no uso e dependência de drogas; formação inadequada de profissionais; ausência de ações/programas voltados ao louco infrator. Assim, o desenvolvimento de estudos avaliativos parece pertinente e atual, frente aos obstáculos apresentados.

A avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde tem se destacado enquanto política de Estado nos últimos anos, pois se volta às necessidades da melhoria da qualidade da assistência, integrando direitos sociais das políticas públicas pela população⁽³⁻⁵⁾. Com isso, ela cresce nos últimos anos, relacionada à oferta dos serviços, aumento de custos e incorporação crescente de tecnologia no tratamento de doenças, destacando-se a avaliação dos serviços de saúde mental⁽⁶⁾.

O Ministério da Saúde brasileiro avança no campo dos investimentos da avaliação de serviços e da assistência em saúde, a exemplo do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta iniciativa considera a presença ativa de gestores e profissionais de saúde, o usuário e a família, o acesso às ações e serviços em todos os níveis da atenção, destacando-se os serviços de atenção à saúde mental⁽⁵⁾.

Nos últimos anos, pesquisas avaliativas nos serviços de saúde mental têm aumentado, representando um movimento natural e necessário⁽⁷⁻⁸⁾. Desde a década passada, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça o

desenvolvimento da pesquisa e o monitoramento dos serviços de saúde mental, com indicadores da qualidade da assistência e da avaliação dos resultados do tratamento. A avaliação de serviços de saúde mental deve ser uma atividade periódica e contínua, objetivando a identificação de aspectos da assistência e tratamento, do processo de trabalho em saúde, para melhoria das ações desenvolvidas⁽⁹⁾.

Este artigo defende a perspectiva de que usuários, familiares, profissionais de saúde, gestores e toda comunidade devam fazer parte da condução e exercício avaliativo dos serviços de saúde mental e da qualidade do atendimento prestado⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A avaliação dos serviços de saúde mental e a definição de indicadores de qualidade da assistência podem ajudar no desenvolvimento de estratégias efetivas de desenvolvimento e fortalecimento da RP. Objetivou-se desenvolver um instrumento para avaliar a estrutura e o processo da assistência em saúde mental e buscar evidências de validade de conteúdo na perspectiva da avaliação normativa em saúde⁽¹¹⁾.

MÉTODOS

Estudo transversal, metodológico, com abordagem quantitativa, desenvolvido entre agosto e dezembro de 2013, em duas etapas. Na primeira etapa da pesquisa, a construção do instrumento "Check-List Qualidade da Assistência em Saúde no CAPS" (QAS-CAPS) teve por base o referencial da Política Nacional de Saúde Mental brasileira⁽¹²⁻¹⁵⁾. Este instrumento pretende avaliar a estrutura e o processo da assistência em saúde mental nos CAPS, serviço porta de entrada desta política.

A estrutura representa características relativamente constantes e imprescindíveis ao processo de assistência à saúde, contemplando a área física do serviço, os recursos humanos, os recursos materiais e financeiros, instrumentos normativos envolvidos na administração, apoio político e condições organizacionais.

O processo se refere à prestação da assistência em saúde, mediante padrões técnico-científicos convencionais, a exemplo do que determina a Política Nacional de Saúde Mental do SUS, a utilização dos recursos, além do reconhecimento de problemas e cuidados prestados⁽¹¹⁾.

O Check-List proposto, em sua construção inicial com 40 itens/assertivas (20 para estrutura

e 20 para processo), contempla os seguintes domínios: Estrutura Física e Estrutura Organizacional; Processo/Atividades Terapêuticas, Processo/Gestão do Cuidado e Serviço, Processo/Atividades Comunitárias ou Externas ao CAPS. Após validação de conteúdo, este instrumento pretende ser aplicado mediante observação participante nos CAPS e entrevista com o coordenador do serviço, com opções de resposta “ausente” e “presente”.

Na segunda etapa, juízes/*experts* foram contatados por correspondência eletrônica, em duas rodadas do método Delphi. A técnica de coleta de dados, conhecida como Método Delphi, é considerada uma estratégia importante por agregar ideias e experiências de diferentes pessoas, num contexto geográfico infinito. Nesta técnica, parte-se do pressuposto que o julgamento coletivo, a partir de um conjunto estruturado de conhecimentos e experiências, representa bem mais que a opinião única ou individualizada de vários sujeitos⁽¹⁶⁾.

O levantamento do corpo de juízes ocorreu por meio de pesquisa na Plataforma Lattes, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de contatos eletrônicos disponíveis em artigos publicados e da indicação dos próprios juízes (“*snowball*”). Como critério de inclusão, os juízes deveriam ter experiência na área de saúde mental ou na avaliação de serviços de saúde há pelo menos um ano.

Na primeira rodada, fase 1 do Método Delphi, foram convidados 267 juízes e 59 aceitaram participar e realizaram a avaliação do instrumento de pesquisa. Na segunda rodada, 50 juízes realizaram a avaliação do instrumento (85% de retorno entre as rodadas).

O formulário de avaliação do instrumento foi submetido via *online* (google.docs), seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada assertiva foi classificada como adequada ou inadequada, a partir de quatro critérios⁽¹⁷⁾: Relevância/Pertinência (item atende à finalidade proposta: avaliação em saúde); Clareza/Simplicidade (é compreensível e expressa ideia única); Precisão (é diferente dos demais e não é confundido com outros); Objetividade (item permite resposta pontual).

Para verificação dos níveis de concordância e de consistência (fidedignidade) entre os juízes, foi aplicado o Coeficiente Kappa (k). Já o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) foi utilizado para medir a proporção ou percentagem de juízes que concordaram ou discordaram com os itens do instrumento⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A análise de manutenção dos itens no instrumento adotou o Índice Kappa $\geq 0,70$ e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq 0,80$, na primeira rodada, e Kappa $\geq 0,80$ e IVC $\geq 0,90$, na segunda rodada. Os índices de concordância admitidos nesta pesquisa (Kappa e IVC) são considerados bons ou excelentes por alguns pesquisadores^(18,20).

Os itens que não atingiram os valores estabelecidos para Kappa e IVC foram excluídos, ou justificada sua permanência, com base na literatura. Os juízes tinham também a opção de incluir sugestões de correção e modificação nos itens do instrumento.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Grande do Norte (CEP-UFRN/CAAE – 12288313.8.0000.5292), respeitando a normatização da Resolução 466/2012, no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos no Brasil. Os dados foram codificados e tabulados em planilha de dados eletrônica (*software* Excel) e analisados por meio do Programa estatístico SPSS para a estatística descritiva. Após a análise, os instrumentos foram reformulados segundo os resultados dos índices Kappa e IVC, incluindo-se as sugestões dos juízes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das características dos juízes mostrou que a maioria era do sexo feminino (78%), com idade entre 36 e 55 anos (54%), residentes na região Sudeste (40%), doutores (70%), enfermeiros, (54%), com atuação na docência e pesquisa (86%). Observou-se também que 54% tinham mais de 14 anos de formação, 40% trabalhava na área de saúde mental entre sete e dezesseis anos, e 46% na avaliação em saúde, entre cinco e quatorze anos.

A Tabela 1 apresenta o julgamento nas duas rodadas do método Delphi, relacionados ao instrumento avaliado.

Tabela 1 - Julgamento do instrumento de pesquisa "Check-List Qualidade da Assistência em Saúde no CAPS". Natal, Rio Grande do Norte, 2013.

| Quantidade de Itens | Rodada 1 | Rodada 2 |
|---------------------|----------|----------|
| Itens Iniciais | 40 | 35 |
| Itens Excluídos | 13 | 00 |
| Itens Novos | 08 | 02 |
| Total | 35 | 37 |

Fonte: Dados da pesquisa.

A construção de instrumentos para avaliação da assistência em saúde mental parece seguir as mudanças ocorridas nas últimas duas décadas, com a reversão do modelo de atenção em saúde, antes manicomial e, agora, psicossocial. Os trabalhos publicados a partir de instrumentos específicos de avaliação em saúde mental abrangem a satisfação e sobrecarga profissional⁽²¹⁾, satisfação de usuários e familiares⁽²²⁻²³⁾. Destaca-se ainda a precursora WHO-SATIS, instrumento idealizado pela OMS para medir a satisfação de usuários, familiares e profissionais, perante os serviços de saúde mental⁽²⁴⁾.

A proposta desta pesquisa apresenta um caminho semelhante e, ao mesmo tempo, distinto dos autores mencionados. Primeiro, insere-se como uma demanda avaliativa da própria RP vivenciada no país, tendo o CAPS como principal serviço substitutivo. Segundo, procura estabelecer relações diretas e interdependentes entre estrutura e processo na qualidade da assistência em saúde mental deste serviço. Terceiro, surge da inquietação de se investigar a qualidade da assistência numa região

de saúde (população estimada em 290 mil habitantes) que, em 2005, fechou o único hospital psiquiátrico existente⁽²⁵⁾.

Sobre a caracterização dos juízes, houve uma participação proporcional entre os sujeitos das regiões Nordeste, Sudeste e Sul. Estas últimas, responsáveis pela maioria da produção nacional da área, por possuírem universidades e centros de pesquisa pioneiros no campo da saúde mental e avaliação de serviços. A formação em diferentes áreas da saúde (enfermagem, medicina, psicologia, serviço social e terapia ocupacional), contemplando o caráter interdisciplinar e multiprofissional da saúde mental, a atuação no ensino e pesquisa, e um tempo de formação capaz de abranger o surgimento e os antecedentes da RP, conferem um quadro de *experts* alinhados à proposta deste estudo.

A Tabela 2 apresenta as assertivas, referentes à estrutura, que não alcançaram os escores Kappa e/ou IVC estipulados para manutenção no instrumento, conforme a avaliação dos juízes (rodada 1) e metodologia empregada, seguidas da justificativa para permanência ou não na rodada seguinte.

Tabela 2 - Julgamento das assertivas consideradas inadequadas, seus índices de avaliação e justificativa para permanência no instrumento. Natal, Rio Grande do Norte, 2013.

| Domínios e Assertivas (Rodada 1) | Kappa | IVC | Sugestão dos Juízes | Aceite do Pesquisador | Justificativa |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------|--|-----------------------|--|
| Estrutura Organizacional | | | | | |
| Sinalização visual e Fluxo do Serviço | 0,61 (Clareza) | 0,74 (Clareza) | Excluir | Sim | Não é mencionado nos documentos oficiais da Política Nacional de Saúde Mental ^(13,15) . |
| Horário de Funcionamento | 0,68 (Relevância) | ≥0,82 | Excluir e Integrar | Sim | Apesar de mencionadas nos documentos oficiais ^(13,15) , concorda-se que devem integrar a caracterização do CAPS pesquisado. |
| Composição da Equipe Técnica | ≤0,67 (Clareza) | | variáveis de caracterização do CAPS pesquisado | | |
| Quantidade de usuários atendidos/dia | ≤0,68 (Relevância) | | | | |
| Oferta de Refeição | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|-------------------|---------|-----|---|
| Descarte de Material Contaminado | 0,65 (Relevância) 0,73 (Clareza) | 0,81 | Excluir | Sim | Não se enquadra nos domínios de estrutura escolhidos para compor o instrumento. |
| Prontuário Clínico-Social | 0,65 (Clareza) | 0,77 (Clareza) | Excluir | Não | Renomeado para Prontuário Transdisciplinar, conforme literatura ⁽²⁶⁾ . |
| Estrutura Física Sala para atendimento coletivo | 0,67 (Clareza) | 0,79 (Clareza) | Excluir | Não | Integra o Manual de Estrutura Física dos Serviços de Saúde Mental ⁽¹⁵⁾ . |

Fonte: Dados da pesquisa.

Os quatro novos itens sugeridos pelos juízes nesta rodada estavam relacionados à estrutura física: divisão do item “acessibilidade” em “acessibilidade interna” e “acessibilidade externa”; “espaço interno de convivência”, “quarto coletivo com acomodações individuais” e “sala de coordenação/administrativa”. Os três últimos atendem aos dispositivos normativos da Política Nacional de Saúde Mental^(15,27).

Concorda-se com a exclusão dos itens “sinalização e fluxo do serviço” e “descarte de material contaminado” pelo fato de os mesmos se distanciarem das características dos demais itens do instrumento. Já a inserção dos três itens relacionados à estrutura física (“espaço interno de convivência”, “quarto coletivo com acomodações individuais” e “sala de coordenação/administrativa”) possui respaldo na literatura⁽¹⁵⁾.

Corroborar-se com os juízes na divisão dos itens “prontuário transdisciplinar” e “PTS”, pois estes são dois dispositivos organizativos/clínicos distintos, apesar de complementares. O

prontuário transdisciplinar favorece o trabalho em equipe e o diálogo profissional, estimula a troca de conhecimentos, inclusive entre usuários e familiares, e desenvolve a produção de vínculos e o fortalecimento do sentido de grupo. O prontuário transdisciplinar deve ser compartilhado, com registros atualizados e compreensíveis a toda equipe, pois facilita o desenvolvimento do PTS⁽²⁸⁾.

O PTS representa um conjunto de propostas sobre condutas terapêuticas articuladas, envolvendo um sujeito individual ou coletivo (família), como resultado da discussão coletiva da equipe técnica do serviço idealizado, originalmente, na saúde mental. Ele objetiva a singularidade e a diferença como elementos centrais de articulação do processo saúde-doença⁽²⁹⁾.

Quanto ao Processo, a Tabela 3 apresenta as assertivas que não alcançaram os escores Kappa e/ou IVC para manutenção no instrumento, conforme rodada 1, e as justificativas para permanência.

Tabela 3 - Julgamento das assertivas consideradas inadequadas, seus índices de avaliação e justificativas para permanência no instrumento referente à Processo. Natal, Rio Grande do Norte, 2013.

| Domínios e Assertivas (Rodada1) | Kappa | IVC | Sugestão dos Juízes | Aceite do Pesquisador | Justificativa |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------|-----------------------|---|
| Processo/Atividades Terapêuticas | | | | | |
| Atendimento familiar individual | 0,69 (Clareza) | 0,85 | Excluir | Sim | Assertiva integra os documentos oficiais ^(13,15) , passou a integrar dois novos itens. |
| Escuta Terapêutica | 0,58 (Clareza) 0,63 (Precisão) | 0,71 (Clareza) 0,76 (Precisão) | Excluir | Sim | Assertiva contempla a descrição de acolhimento, proposta pelo SUS ⁽³⁰⁾ , já integrando um item no instrumento. |
| Atendimento por Demanda Espontânea | 0,68 (Clareza) 0,69 (Precisão) | 0,75 (Clareza) | Excluir | Sim | Assertiva passou a integrar um item novo sobre Acolhimento ^(15,27) . |

| | | | | | |
|---|--|-------------------|---------|-----|--|
| Acolhimento | 0,61 (Clareza) 0,69 (Precisão) | 0,75 (Clareza) | Excluir | Não | Assertiva integra os documentos oficiais ^(15,27) |
| Assembleia de Usuários, Familiares e Técnicos | 0,65 (Clareza) | 0,77 (Clareza) | Excluir | Não | Assertiva integra os documentos oficiais ⁽¹³⁻¹⁵⁾ . |
| Processo/Gestão do Cuidado e Serviço Classificação de usuários no CAPS | 0,68 (Relevância) 0,73 (Precisão) | 0,80 | Excluir | Sim | Inexistente, conforme Documentos oficiais do Ministério da Saúde ^(15,27) . |
| Projeto Terapêutico Singular (PTS) | 0,69 (Clareza) | 0,83 | Excluir | Sim | Assertiva demonstra melhor pertinência na primeira parte do <i>Check-List</i> (Estrutura Organizacional) |
| Avaliação e Monitoramento do CAPS | 0,65 (Precisão) | 0,78 (Clareza) | Excluir | Sim | Assertiva contemplada em Estrutura ⁽³¹⁾ . |
| Busca ativa de usuários | 0,69 (Clareza) 0,68 (Precisão) | 0,6 (Precisão) | Excluir | Sim | Assertiva contempla item de Processo/Atividades Terapêuticas (Visita Domiciliar). |

Fonte: Dados da pesquisa.

Os juízes sugeriram quatro novos itens, a partir de subdivisão de dois deles, especificados na justificativa, relacionados a Processo/Atividades Terapêuticas (“atendimento individual para familiares” e “atendimento coletivo para familiares”) e Processo/Gestão do Cuidado e Serviço (“acolhimento por demanda espontânea” e “acolhimento noturno/diurno”), todos referenciados na literatura ministerial^(13,15,27). No domínio Processo /Atividades Comunitárias ou Externas ao CAPS, todos os itens obtiveram índices acima dos estabelecidos e, por isso, não sofreram modificações.

A exclusão do item “classificação dos usuários do CAPS” é pertinente pois, a partir de 2012, o Ministério da Saúde não considera mais os regimes de tratamento dos usuários do CAPS (não intensivo, semi-intensivo e intensivo), motivado pelo redirecionamento da tabela de pagamento de procedimentos nos CAPS⁽²⁷⁾.

O item “avaliação e monitoramento” abrange a assertiva relacionada à supervisão clínico-institucional, presente na Estrutura Organizacional do instrumento. Tal supervisão é entendida como o trabalho de um profissional de saúde mental externo à equipe técnica do CAPS, com reconhecida capacitação teórica e prática, que auxiliará a equipe do serviço durante três ou quatro horas semanais, assessorando e acompanhando o trabalho realizado, com foco especial no PTS dos usuários⁽³²⁾.

Os itens “escuta terapêutica” e “demanda espontânea” passaram a ser contemplados no item “acolhimento”, visto que a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) admite que a escuta e o atendimento à demanda são elementos integrantes do acolhimento, entendendo-o como uma forma de desenvolver os processos de trabalho em saúde, capaz de atender àqueles que procuram os serviços de saúde, adotando uma postura que acolhe, escuta e dá respostas mais adequadas ao usuário⁽²⁹⁾.

Na rodada 2, dois novos itens foram acrescentados por sugestão dos juízes. Um deles estava relacionado ao domínio Estrutura Organizacional: divisão do item “prontuário transdisciplinar”, que incluía o projeto terapêutico singular (PTS), em “prontuário transdisciplinar” e “projeto terapêutico singular”. Além deste, o item “projeto terapêutico institucional” (PTI) foi sugerido por 18 juízes, sendo acatada a sugestão de inclusão no instrumento, com respaldo na própria criação dos serviços, pois não há solicitação de novos CAPS junto ao Ministério da Saúde, sem este documento. Representa a finalidade central do CAPS, suas metas, estrutura física, equipe de saúde, os serviços e ações de saúde ofertadas, a clientela a ser atendida.

Dessa forma, o instrumento proposto (Figura 1/*Check-List* QAS-CAPS) finalizou a última rodada com 20 itens para estrutura e 17 para

processo, totalizando 37 itens para análise da qualidade da assistência em saúde no CAPS.

Figura 1 - *Check-List* Qualidade da Assistência em Saúde no CAPS (A-Estrutura e B-Processo).

| A. ESTRUTURA | Alternativa de Resposta | |
|---|--------------------------------|----------------|
| Domínio A.1 Estrutura Física (Pontuação Esperada 0 a 14) O CAPS possui: | Sim (1) | Não (0) |
| A.1.1- no mínimo, duas salas de atendimento individualizado (Espaços para acolhimento, consultas, entrevistas, terapias, orientações), para garantia de privacidade a usuários, familiares e equipe profissional. | | |
| A.1.2- no mínimo, duas salas de atividades coletivas (Espaços para atendimentos em grupos, desenvolvimento de oficinas terapêuticas, reuniões. Uso de usuários, familiares e equipe profissional). | | |
| A.1.3- recepção (Espaço onde acontece o primeiro contato do usuário e/ou seus familiares/acompanhantes e o serviço. Representa um espaço acessível e acolhedor, com assentos para comportar as pessoas que chegam ao serviço). | | |
| A.1.4- sala administrativa (espaço para uso e demandas da coordenação/gestão do serviço). | | |
| A.1.5- copa (espaço para manipulação e preparação de alimentos). | | |
| A.1.6- refeitório (espaço para refeição dos usuários e equipe profissional, aberto durante todo o dia, representando um local agradável de convivência e trocas). | | |
| A.1.7- espaço INTERNO de convivência (ambiente de encontros informais entre usuários, familiares e trabalhadores do CAPS, assim como de visitantes, pessoas da comunidade ou da rede psicossocial, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiências e conversas informais). | | |
| A.1.8- espaço EXTERNO de convivência (Espaço aberto de circulação de pessoas, para atividades individuais e coletivas. Local arejado onde usuários, familiares, visitantes e equipe profissional possam compartilhar momentos em grupo ou sozinhos). | | |
| A.1.9- acessibilidade EXTERNA para pessoas com deficiência, com dificuldades de locomoção e em macas. | | |
| A.1.10- acessibilidade INTERNA para pessoas com deficiência, com dificuldades de locomoção e em macas. | | |
| A.1.11- banheiro MASCULINO com chuveiro, sanitário adaptado para pessoas com deficiência, para uso de usuários, familiares/acompanhantes e profissionais do serviço. | | |
| A.1.12- banheiro FEMININO com chuveiro, sanitário adaptado para pessoas com deficiência, para uso de usuários, familiares/acompanhantes e profissionais do serviço. | | |
| A.1.13- sala de aplicação de medicamentos/posto de enfermagem (espaço com bancada para preparo de medicação, pia e armários para armazenamento de medicamentos). | | |
| A.1.14- quarto coletivo com acomodações individuais para acolhimento diurno/noturno (CAPS I e II, duas camas; CAPS III, oito camas divididas em mais de um quarto). | | |
| Domínio A.2 Estrutura Organizacional (Pontuação Esperada 0 a 6) Sobre o CAPS: | Sim (1) | Não (0) |
| A.2.1- Ele possui agenda semanal, para previsão de atividades que envolvam usuários, familiares e equipe profissional. | | |
| A.2.2- Ele possui Projeto Terapêutico Institucional (PTI). | | |
| A.2.3- Nele, cada usuário possui prontuário transdisciplinar para registro dos profissionais da equipe. | | |
| A.2.4- Nele, cada usuário possui Projeto Terapêutico Singular (PTS), para acompanhamento de suas condições clínicas e psicossociais. | | |
| A.2.5- Distribui mensalmente a medicação psicotrópica a seus usuários, para tratamento farmacológico diário. | | |
| A.2.6 A equipe técnica dele recebe supervisão externa semanal para assuntos clínico-institucionais (Portaria GM N° 1.174). | | |
| Score FINAL (0 a 20) | | |
| B. PROCESSO | Alternativa de Resposta | |
| Domínio B.1 Processo/Atividades Terapêuticas (Pontuação Esperada 0 a 5) | Sim (1) | Não (0) |
| O CAPS realiza: | | |
| B.1.1- semanalmente, Oficinas de Práticas Corporais (atividades que objetivem a percepção corporal, autoimagem e coordenação psicomotora dos usuários). | | |
| B.1.2- semanalmente, Oficinas Expressivas e Comunicativas (atividades que objetivem a | | |

| | | |
|--|----------------|----------------|
| ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários). | | |
| B.1.3- atendimento domiciliar (visita domiciliar), para compreensão do contexto e relações do usuário/família, e acompanhamento de casos. | | |
| B.1.4- atendimento familiar (ações INDIVIDUAIS que objetivem a participação e corresponsabilização na atenção à saúde do usuário, além de necessidades no processo saúde do familiar). | | |
| B.1.5- pelo menos uma vez ao mês, grupo de família (ação COLETIVA/GRUPO para compartilhamento de experiências, informações e função terapêutica). | | |
| Domínio B.2 Processo/Gestão do Cuidado e Serviço (Pontuação Esperada 0 a 7) O CAPS realiza: | Sim (1) | Não (0) |
| B.2.1- acolhimento inicial de usuários e/ou familiares por demanda ESPONTÂNEA. | | |
| B.2.2- acolhimento inicial de usuários e/ou familiares por demanda REFERENCIADA. | | |
| B.2.3- acolhimento noturno/diurno (ação de hospitalidade como recurso do PTS que objetiva a retomada/resgate e redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário). | | |
| B.2.4- todo usuário possui Técnico de Referência (TR). | | |
| B.2.5- pelo menos uma vez ao mês, alguma estratégia de matriciamento de equipes com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): atenção básica (ESF e NASF), urgência e emergência, serviços hospitalares gerais de referência para discussão de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado e ações de saúde no território. | | |
| B.2.6- pelo menos uma vez ao mês, Assembleia de Usuários, Familiares e Técnicos (participação no processo de gestão do serviço e fortalecimento do protagonismo, apropriação e defesa de direitos/deveres dos envolvidos). | | |
| B.2.7- SEMANALMENTE, reuniões com seus profissionais, objetivando a discussão/resolução de problemas administrativos, funcionamento do serviço, discussão de casos. | | |
| Domínio B.3 Processo/Atividades comunitárias ou externas ao CAPS (Pontuação Esperada 0 a 5) | Sim (1) | Não (0) |
| B.3.1 O CAPS se articula com dispositivos da rede de serviços INTERSETORIAL (Escolas, Centro de Referência em Assistência Social-CRAS, Centro de Referência Especializado-CREAS, etc.) para busca ativa, atendimento compartilhado e ações intersetoriais no território. | | |
| B.3.2 Promove alguma Atividade de Geração de Emprego e Renda ou se articula com Redes de Economia Solidária, Cooperativas. | | |
| B.3.3 Realiza, pelo menos uma vez ao mês, Atividade Comunitária externa ao serviço (passeio pela cidade, visita a espaços públicos, eventos, etc.), objetivando a ocupação dos diferentes espaços sociais pelos usuários. | | |
| B.3.4 O CAPS realiza, no seu espaço físico, festividades em datas comemorativas (carnaval, luta antimanicomial, festas juninas, dia das mães/pais, natal/ano novo...). | | |
| B.3.5 No último ano, a Secretaria Municipal/Estadual de Saúde desenvolveu alguma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para os trabalhadores do CAPS. | | |
| Escore FINAL (0 a 17) | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível desenvolver um instrumento para avaliação da estrutura e processo da assistência em saúde mental nos CAPS, baseado na Política Nacional de Saúde Mental. As sugestões dos juízes permitiram aprimorar o instrumento proposto inicialmente e os índices obtidos indicaram evidências de validade de conteúdo do mesmo. Esta iniciativa apresenta, como pontos fortes, a abertura de novas possibilidades de reflexão sobre o processo de RP no Brasil, além da fácil aplicabilidade e interpretação. Como pontos fracos, admitem-se as limitações da avaliação normativa e a

impossibilidade de capitanear todas as dimensões avaliativas da estrutura e processo em saúde.

O *Check-List* "QAS-CAPS" não pretende ser único ou completo. Sua utilização representa a possibilidade de pensar a avaliação como auxiliadora no diagnóstico da rede CAPS, além da necessidade de aplicação em diferentes cenários (CAPS), para testar sua validade interna, ao lado de novos estudos relacionados. Entende-se que tais fragilidades fortalecem e desafiam, ainda mais, o entendimento de uma área do conhecimento (saúde mental) que, por si, demanda a pluralidade e a diversidade de experiências.

REFERÊNCIAS

- 1 - Andrade APM, Maluf SW. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):811-21. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>
- 2 - Santos FF, Feral AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(63):833-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0270>
- 3 - Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>
- 4 - Onocko-Campos RS, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):43-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>
- 5 - Ministério da Saúde (BR), Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 27 jun 2014]. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/Programa_Avaliacao_Qualificacao_06-04-2011.pdf
- 6 - Passos E, Barros RB, Benevides L, Souza TP, Tallemborg C, Carvalho HF et al. A dimensão instituinte da avaliação. In: Onocko-Campos RS, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 2a ed. São Paulo, Hucitec; 2017. p. 209-28.
- 7 - Furtado JP, Onocko-Campos RS, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):102-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100012>
- 8 - Willrich JQ, Kantorski LP, Chiavagatti FG, Cortes JM, Antonacci MH. Os sentidos construídos na atenção à crise no território: o Centro de Atenção Psicossocial como protagonista. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):657-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300019>
- 9 - Organização Mundial de Saúde – OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2001.
- 10 - Campos GWS. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: Onocko-Campos RS, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. 2a ed. São Paulo, Hucitec; 2017. p. 97-102.
- 11 - Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 2005;83(4):691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- 12 - Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial. *Diário Oficial União*. 20 fev 2002.
- 13 - Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
- 14 - Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União*. 26 dez 2011.
- 15 - Ministério da Saúde (BR). Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 16 - Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LD. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev RENE*. 2012; 13(1):242-51. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>
- 17 - Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1998 [acesso em 27 jun 2014];25(5):206-13. Disponível em: <http://server2.docfoc.com/uploads/Z2015/12/16/PeCYBcAFoe/c2ce0c8de8ed987fc41dba3efa1ad442.pdf>
- 18 - Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health*. 1997;20(3):269-74. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199706\)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199706)20:3<269::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- 19 - Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

20 - Silva EF, Pereira MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. Rev Saúde Pública. 1998;32(4):383-93.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101998000400012>

21 - Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalón JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. Cad Saúde Coletiva. 2012 [acesso em 27 jun 2014];20(1):82-92. Disponível em:

http://iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf

22 - Bandeira MB, Silva MA. Escala de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental (SATIS-BR): estudo de validação. J Bras Psiquiatr. 2012;61(3):124-32.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000300002>

24 - Santos AFO, Cardoso CL. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. Estud Psicol (Natal). 2014;19(1):13:21.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100003>

25 - World Health Organization – WHO. WHO-SATIS consumer's and caregivers' satisfaction with mental health services a multisite study. Geneva: World Health Organization; 1996.

26 - Azevedo DM, Oliveira AM, Melo GSM, Salvetti MG, Vasconcelos QLDAQ, Torres GV. Avaliação da assistência em saúde mental num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. Rev Bras Pesqui Saúde. 2014;16(2):109-16.

<https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.9293>

27 - Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília, df: Ministério da Saúde; 2004.

28 - Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera na tabela de procedimento, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do sistema único de saúde, atributos dos procedimentos de atenção psicossocial. Diário Oficial União. 23 ago 2012.

29 - Hori AA, Nascimento AF. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. Cienc Saúde Coletiva. 2014;19(8):3561-71.

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>

30 - Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

31 - Ministério da Saúde (BR). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

32 - Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.174, de 7 de julho de 2005. Cria incentivo financeiro para municípios que desenvolvam programa de qualificação do atendimento e da gestão dos centros de atenção psicossocial. Diário Oficial União. 8 jul 2005.

Nota: Este artigo representa parte da Tese de Doutorado defendida em agosto de 2014, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCSa), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A pesquisa recebeu incentivo por meio de bolsa de doutorado da CAPES e Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

Recebido em: 23/12/2016

Aprovado em: 17/10/2017

Endereço de correspondência:

Dulcian Medeiros de Azevedo

Av. Rio Branco, nº 725 - Bairro Paraíba

CEP: 593000-000 Caicó/RN - Brasil

E-mail: professordulcian@gmail.com