



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO  
UNIDADE ACADÊMICA DE GESTÃO PÚBLICA  
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**ANDRÉIA DA SILVA OLIVEIRA**

**AVALIANDO A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AOS  
SERVIÇOS PRESTADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ – ESTADO DA PARAÍBA .**

**SUMÉ - PB  
2017**

**ANDRÉIA DA SILVA OLIVEIRA**

**AVALIANDO A PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AOS  
SERVIÇOS PRESTADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ – ESTADO DA PARAÍBA .**

**Artigo Científico apresentado ao  
Curso Superior de Tecnologia em  
Gestão Pública do Centro de  
Desenvolvimento Sustentável do  
Semiárido da Universidade Federal  
de Campina Grande, como requisito  
parcial para obtenção do título de  
Tecnóloga em Gestão Pública.**

**Orientador: Professor Me. José Ozildo dos Santos.**

**SUMÉ - PB  
2017**

O482a Oliveira, Andréia da Silva.

Avaliando a percepção da população em relação aos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial no Município de Sumé, Estado da Paraíba. / Andréia da Silva Oliveira. - Sumé - PB: [s.n], 2017.

32 f.

Orientador: Professor Me. José Ozildo dos Santos.

Monografia - Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Curso Superior de Tecnologia em Agroecologia.

1. Estudo de percepção. 2. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – Sumé – PB. 3. Avaliação de serviços públicos. I. Título.

CDU: 35(045)

**ANDRÉIA DA SILVA OLIVEIRA**

**AVALIANDO A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AOS  
SERVIÇOS PRESTADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ – ESTADO DA PARAÍBA .**

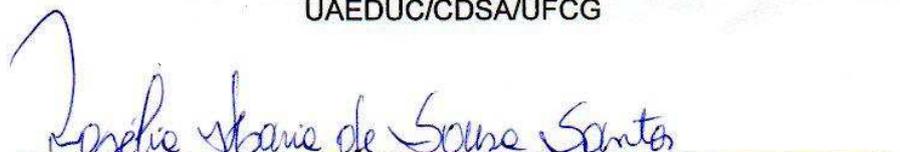
Artigo Científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnóloga em Gestão Pública.

Trabalho aprovado em 15 /09/2017

BANCA EXAMINADORA:

  
Professor Me. José Ozildo dos Santos - Orientador  
UAEDUC/CDSA/UFCG

  
Professor Me. Allan Gustavo Freitas da Silva - Examinador Interno  
UAEDUC/CDSA/UFCG

  
Professor Ma. Rosélia Maria de Sousa Santos - Examinadora Externa  
Faculdade Rebouças de Campina Grande

**SUMÉ - PB**

## **AVALIANDO A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ, ESTADO DA PARAÍBA**

**Resumo:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e de natureza quantitativa, que teve por objetivo geral avaliar a percepção da população em relação aos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial no município de Sumé, Estado da Paraíba. Os Centros de Atenção Psicossocial são unidades de saúde local que conta com uma população adscrita definida, oferecendo serviços e ações relativas à saúde mental. Possuindo uma proposta de trabalho baseada no tripé equipe interdisciplinar, família e o projeto terapêutico individual, tais centro realizam a reabilitação psicossocial de usuários com transtornos mentais em fase controlada (não aguda), conferindo autonomia aos usuários, aproveitando os recursos da comunidade e treinando as habilidades sociais. Por essa razão, são considerados como similares à Estratégia Saúde da Família. Os dados coletados na presente pesquisa demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde precisa rever de forma completa, a natureza dos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial, capacitar melhor a equipe profissional que ali exerce suas atividades funcionais, objetivando proporcionar um melhor acolhimento ao usuário, oportunizá-lo serviços de qualidade e que possuam resolutividade. E, que sejam prestados por profissionais que saibam repassar para o usuário confiança, credibilidade e presteza. Isto porque os usuários deste centro não estão satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos, principalmente, no que diz respeito ao atendimento individual, visto que este foi avaliado como sendo ruim ou muito ruim por 70% dos entrevistados.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial. Atendimento. Avaliação.

## **EVALUATING THE PERCEPTION OF THE POPULATION IN RELATION TO THE SERVICES PROVIDED BY THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER IN THE MUNICIPALITY OF SUMÉ, PARAÍBA STATE**

**Abstract:** This is an exploratory and quantitative research whose general objective was to evaluate the perception of the population in relation to the services provided by the Center for Psychosocial Care in the city of Sumé, State of Paraíba. The Psychosocial Care Centers are local health units that have a defined ascribed population, offering services and actions related to mental health. Possessing a work proposal based on the tripod interdisciplinary team, family and the individual therapeutic project, such center perform the psychosocial rehabilitation of users with controlled (non-acute) controlled mental disorders, granting autonomy to users, taking advantage of community resources and training the social skills. For this reason, they are considered as similar to the Family Health Strategy. The data collected in the present research demonstrate that the Municipal Health Department needs to thoroughly review the nature of the services provided by the Psychosocial Care Center, to better qualify the professional team that carries out its functional activities, aiming to provide a better reception to the user, quality services and that have resolutiveness. And, be provided by professionals who know how to pass on to the user confidence, credibility and readiness. This is because the users of this center are not satisfied with the quality of the services offered, especially with regard to individual care, since it was rated as being bad or very bad by 70% of the interviewees.

**Keywords:** Psychosocial Attention Center. Attendance. Evaluation.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>7</b>
2.1 A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	7
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O TRATAMENTO DIRECIONADO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS .....	11
2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA FUNÇÃO SOCIAL.....	15
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 TIPO DA PESQUISA .....	17
3.2 UNIVERSO E AMOSTRA .....	18
3.3 COLETA DE DADOS .....	18
3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS.....	18
3.5 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS .....	18
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>19</b>
4.1 DADOS RELATIVOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA .....	20
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>28</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>31</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção voltada para a saúde mental passou por mudanças significativas a partir da reforma psiquiátrica, que mudou o foco do modelo manicomial para o psicossocial, buscando a inclusão e a reabilitação social dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico. Assim, esse novo modelo procura substituir a assistência excludente e inadequada, que gera abandono dos portadores de doenças mentais (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

No antigo modelo, o indivíduo era visto como um doente, sem, contudo, atuar em seu tratamento. Assistido em um hospital psiquiátrico por uma equipe multiprofissional, ele era mantido isolado do convívio familiar e social. No novo modelo de assistência, idealizado a partir da reforma psiquiátrica e definido como sendo 'psicossocial', o indivíduo passou a ser visto como "uma pessoa em sofrimento psíquico", devendo, segundo Camatta e Shneider (2009, p. 478), ser assistido "por uma equipe multiprofissional que procura trabalhar de forma interdisciplinar em locais de tratamento diversificados, tendo em vista a reabilitação psicossocial e a reintegração".

Essa nova configuração de cuidado gerou novas formas de assistência, que por sua vez, possuem um caráter mais humanizado, a exemplo dos serviços substitutivos do Centro de Atenção Psicossocial e do Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS), que se caracterizam como serviços de saúde abertos e comunitários vinculados ao Sistema Único de Saúde (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Esses são lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Tais espaços, segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2010, p. 13), "têm por objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares". Diante dessas considerações, o presente trabalho tem por objetivo geral avaliar a percepção da população em relação aos serviços prestados pelo Centro de Atenção Psicossocial no município de Sumé, Estado da Paraíba.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde constitui um direito do cidadão e, conseqüentemente, uma obrigação do Estado, nos termos definidos na Constituição Federal em vigor, cabendo aos órgãos públicos desenvolver esforços no sentido de diminuir o risco de doenças, implementando ações e serviços, que tornem possível a promoção, a proteção e a recuperação da saúde da população, de forma indistinta.

Assim, para cumprir seu papel, o Estado brasileiro criou o Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo expresso de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a todo e qualquer cidadão, transformando, assim, a saúde num direito universal.

Esclarece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, p. 64) que o SUS foi criado pela Carta Magna vigente e posteriormente a Lei nº 8.080/90 deu-se regulamentação. E, que atualmente tal sistema:

[...] é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde patrocinadas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas.

O SUS pode ser compreendido como sendo um processo de gestão compartilhada, no qual, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios dividem/compartilham responsabilidades, visando prestar assistência médico-hospitalar à população. Em relação ao mencionado sistema, existe, pois, uma articulação entre as três esferas de governo com o compromisso de prestar uma assistência à saúde com qualidade.

No âmbito federal, a gestão do SUS fica a cargo do Ministério da Saúde. Nas esferas estaduais, esta gestão é da responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e, nos municípios, a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Em sua gestão, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada subsistema, no que diz respeito às transferências intergovernamentais de seus recursos financeiros.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), como sistema público de saúde, o SUS tem suas diretrizes centradas nos seguintes pontos:

a) Descentralização - apresentando administração única em cada esfera de governo, enfatizando o processo de municipalização das ações e serviços de saúde, com o objetivo expresso de proporcionar uma maior e uma melhor promoção da saúde pública;

b) Atendimento Integral - no qual deve ser definindo as prioridades dentro de cada nível de atenção, seja este de atenção básica, média ou de alta complexidade;

c) Participação da Comunidade - proporcionada a partir da participação dos vários atores sociais, escolhidos como representantes para integrarem os integram os Conselhos de Saúde, em suas diferentes esferas (municipal, estadual e nacional).

É importante destacar que tais diretrizes orientam todas as ações do Sistema Único de Saúde, que, por sua vez, constitui-se numa das importantes políticas públicas em desenvolvimento no país, tendo também como norte orientador a equidade.

O Quadro 1 apresenta os pressupostos do Sistema Único de Saúde, estabelecidos pela Constituição vigente.

**Quadro 1 - Pressupostos do SUS, definidos com base na Constituição Federal**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
Autonomia	A gestão independente dos recursos nas três esferas de governo.
Controle	Das ações e serviços de saúde.
Diferenciação	A autonomia da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características.
Essencialidade	A saúde como direito fundamental do cidadão e como função do Estado.
Financiamento	Garantido com recursos das três esferas de governo.
Integração	Participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução.
Planejamento	A previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo.
Regionalização	O atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município.
Universalização	A saúde como direito de todos.

**Fonte:** Brasil (2012), adaptado.

Analisando o Quadro 1, verifica-se que os pressupostos do SUS dizem respeito à autonomia, ao controle, à diferenciação e à essencialidade, ao financiamento, à integração, ao planejamento, à regionalização e à universalização.

Com base no exposto, os pressupostos do SUS reforçam o entendimento de que a saúde é um direito universal, cujas ações requerem um planejamento e um controle, os órgãos gestores agem com autonomia, o financiamento das ações do SUS possuem fontes definidas, as ações desenvolvidas visam integrar à população aos serviços oferecidos pelas diferentes esferas do poder público.

Comentando o processo de construção do SUS, Silva (2012) afirmam que o referido sistema encontra-se estruturado a partir dos seguintes conceitos basilares:

- i. a democratização,
- ii. a descentralização,
- iii. a unificação das instituições que atuam na área de saúde.

É praticamente impossível se falar em democratização da saúde sem demonstrar a necessidade de descentralizar a gestão destes serviços. Pelo menos em tese, o processo de democratização da saúde se configura mediante uma gestão compartilhada, na qual, a sociedade como um todo é convocada para participar do processo decisório, contribuindo com opiniões e ao mesmo tempo sendo agentes atuantes no processo de fiscalização dos serviços prestados.

Para promover a assistência à população, o SUS desenvolveu inicialmente um processo de unificação das instituições públicas ligadas ao setor da saúde. E, num segundo momento, promoveu a descentralização da forma de gestão, repassando para os Estados e municípios, o gerenciamento das ações de saúde, objetivando tornar possível a democratização do acesso aos serviços públicos de saúde, aproximando-os dos usuários.

No contexto atual, as ações do SUS são desenvolvidas de forma compartilhada, cabendo a cada esfera de governo um conjunto de competências ao seu cargo. Objetivando um melhor entendimento, o Quadro 2 apresenta as competências e atribuições das diferentes esferas de governo.

**Quadro 2 - Competências e atribuições das diferentes esferas de governo em relação ao SUS**

ESFERA	COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES
--------	----------------------------

Federal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio ao desenvolvimento científico, tecnológico e de recursos humanos; coordenação das ações de educação para a saúde;</li> <li>• Cooperação técnica e financeira; regulação das relações entre órgãos públicos e privados;</li> <li>• Formulações de políticas nacionais de planejamento, normatização, avaliação e controle do sistema em seu âmbito;</li> <li>• Regulação da atividade privada; acompanhamento e análise de tendências do quadro sanitário nacional, dentre outros;</li> <li>• Regulação do SUS de abrangência nacional;</li> </ul>
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A coordenação da rede de referência estadual e a gestão do sistema de alta complexidade;</li> <li>• A coordenação e o planejamento;</li> <li>• A coordenação estadual das ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de educação para a saúde, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública;</li> <li>• A formulação da política estadual de saúde.</li> </ul>
Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A previsão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local e o planejamento, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive a educação para a saúde e os processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde.</li> </ul>

Fonte: BRASIL (2012), adaptado.

Quando se analisa o teor apresentado no Quadro 2, percebe-se que à União cabe um papel puramente técnico, além da cooperação financeira. O chamado 'sistema de alta complexidade', existente na área de saúde, possui sua gestão a cargo dos Estados, responsáveis também por promoverem a coordenação de todas as ações de saúde, que possuem natureza estadual. Aos municípios cabem, principalmente, planejar e executar os serviços e ações de saúde que são direcionadas ao cidadão e a coletividade.

Deve-se ressaltar que é graças a essa união de ações que o modelo de atenção à saúde, elaborado para o SUS, consegue ofertar seus serviços à população brasileira. Assim, integrado a uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, o SUS constitui-se no meio pelo qual o Poder Público busca cumprir o seu dever de assegurar o direito à saúde, conforme previsto constitucionalmente.

Pelo que foi demonstrado e levando em consideração fato de o Sistema Único de Saúde “tem por princípio fundamental a consagração da saúde como direito universal”, este deve ser visto como sendo uma política pública (ELIAS, 2004, p. 45).

Acolhido esse entendimento, pode-se acrescentar que tal sistema encontra-se inserido entre as políticas redistributivas, que destinam-se a atingir “maior número de pessoas e impõe perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuros para outros” (SOUZA, 2007, p. 73).

É importante destacar que esse tipo de política pública, por ser considerada de caráter universal, configura-se naquela que possui um acesso mais dificultado, partindo do princípio de que sempre os recursos públicos destinados ao seu custeio se mostram insuficientes diante da grande demanda.

Com a implementação e ampliação do SUS, ações e programas especiais foram elaborados e colocados em prática, objetivando proporcionar uma melhor assistência aos portadores de transtornos mentais, conforme será demonstrado nos itens a seguir.

## **2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E O TRATAMENTO DIRECIONADO AO PORTADOR DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Por muito tempo, o portador de transtorno mental era colocado à margem da sociedade e isolado em manicômios, sem nenhum acesso ao mundo exterior ou contato com sua família. E, o que poderia ser um tratamento, resultava em um agravamento do estado patológico. Essa realidade mostrou ao mundo científico que era necessário uma urgente reforma psiquiatria, objetivando, principalmente, permitir que o portador de transtorno mental fosse tratado como um ser humano, tendo a sua dignidade respeitada.

Assim, espelhando-se na reforma psiquiátrica promovida na Itália, o Brasil organizou a sua reforma e passou a estimular o fim dos manicômios, criando, assim, novas unidades de serviços destinadas à promoção da Saúde Mental.

De acordo com Santin e Klafke (2011, p. 150):

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi bastante influenciada pelo modelo da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia que preconizava o fim dos manicômios e a sua substituição por novos serviços de saúde mental que não reproduzissem a antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação.

A partir do final da primeira década do século passado, passou-se a verificar que as internações hospitalares em asilos, hospícios e manicômios conduziam a exclusão dos pacientes com transtorno mental do convívio social. Esse estilo de tratamento passou a ser fortemente questionado no país a partir da década de 1970, quando surgiu o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Informa Oliveira (2002, p. 68), que “paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira intensificaram-se no país os debates e as reflexões sobre a assistência à saúde mental”.

A formulação das políticas de Saúde Mental no Brasil envolveu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), organização de usuários e familiares como atores e sujeitos políticos fundamentais no projeto da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Amarante (1994, p. 81) o primeiro episódio marcante para o surgimento do MTSM foi à chamada crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) vinculada ao Ministério da Saúde, acrescentando que:

Em 1987 o movimento dos trabalhadores em Saúde Mental assume-se enquanto um movimento social, e não apenas de técnicos e administradores e lança o tema 'Por uma sociedade sem Manicômio'. O tema estratégico remete para sociedade a discussão sobre loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo pratico, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização.

Esse movimento criticava a cronificação do manicômio, o uso do eletrochoque, os hospitais superlotados de doentes, sem acesso a programas que os reintegrassem a sociedade. O objetivo desse movimento era extinguir o modelo hospitalocêntrico.

Em lugar dos manicômios, a proposta do MTSM era trazer o portador de transtorno mental de volta ao convívio social, que deveria continuar seu tratamento através de intervenções e práticas assistenciais ambulatoriais. O movimento começou a ganhar forças com a realização de encontros, congressos e, principalmente, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1987 (GUIMARÃES, 2011).

Registra Silveira e Braga (2005) que posteriormente realizaram-se a II e a III Conferência Nacional de Saúde, ocorridas respectivamente nos anos de 1992 e 2001, em Brasília, constituídas por representantes do governo, dos conselhos de saúde, dos prestadores de serviço e das associações de usuários e familiares, reafirmou-se o

compromisso com a reorientação do modelo assistencial, que tinha como pressuposto a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença e a integração dos portadores de transtornos mentais com as políticas sociais.

É importante destacar que o Relatório Final da III CNS, estabeleceu que fossem oferecidos serviços de atenção integral à Saúde Mental em todos os municípios brasileiros, com a descentralização da assistência. E, que tal assistência fosse prestada por uma equipe multiprofissional, através do desenvolvimento de oficinas terapêuticas, cooperativas sociais, residências terapêuticas, visitas domiciliares, CAPS e NAPS (BRASIL, 2001).

No entanto, o destaque desta conferência foi a mudança do paradigma da atenção individual para a comunitária, rompendo com o modelo excludente. Com isso, o portador de transtorno mental passou a ser sujeito de sua própria história, tendo a família como principal aliada em seu processo de recuperação.

De acordo com Bredow e Dravanz (2010, p. 232):

A nova concepção de saúde mental, que visa priorizar o indivíduo e não a doença, oferecendo-lhe tratamento humanizado e de qualidade, resultou na criação de novos mecanismos e espaços de tratamento que provocam para a necessidade de uma ação Inter setorial com as demais políticas sociais e de um trabalho pautado no fortalecimento e atuação em rede, que possibilite uma intervenção integrada, visando à integralidade no atendimento ao usuário.

É importante destacar que as diferentes mudanças de paradigmas na saúde mental, no Brasil privilegiaram a relação da família com o portador de transtorno mental, estimulando-se, assim, a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, passando a família a ser considerada no processo de cuidado (ROSA, 2003).

Diante dessas novas concepções, a família passou a ser vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção, bem como um lugar de convivência do portador de transtorno mental, sendo-lhe um grande suporte social.

Registram Santin e Klafke (2011, p. 149) que:

A relação e a implicação da família no provimento de cuidados com o portador de sofrimento psíquico passou por diferentes etapas, variando de acordo com a realidade sociocultural e econômica no decorrer do tempo e do espaço (2011, p. 149).

Nesse sentido, verifica-se que o cuidador do PTM por parte da família constitui um processo que foi construindo ao longo dos anos, no qual, primeiro ocorreram as mudanças estruturais e posteriormente começou o incentivo para que os familiares absolvessem o trabalho de cuidar de seus enfermos.

Assim sendo, ênfase na relação entre portador de transtorno mental e seus familiares se iniciou a partir de debates sobre a Reforma Psiquiátrica. Nesse novo sistema de atendimento é proposto o convívio permanente do doente intrafamiliar, devido seu importante papel na ressocialização e reabilitação do mesmo.

Entende Roteli (1994), que nesse processo de cuidar, as famílias precisam ser auxiliadas a suportar a angústia da existência do doente mental. Pois, estudos científicos que pesquisaram o drama das famílias na internação psiquiátrica evidenciaram que a sobrecarga proveniente das dificuldades decorrentes da baixa renda familiar não os deixa suportar o convívio com a psicose, por fatores de ordem emocionais, financeiros e a necessidade de prover um adulto improdutivo.

Por outro lado, observa Pereira (2003, p. 73) que:

À medida que cresce uma proposta mais abrangente de assistência, aumenta a necessidade de eficiência no serviço de saúde. Neste contexto a construção desse modelo de assistência tem causado profundos efeitos na sociedade atual, pois implica mudanças culturais da instituição, dos usuários, prestadores de serviço, família e comunidade.

O meio cultural é primordialmente normativo do ponto de vista individual, e o meio sócio cultural busca recuperar o indivíduo no meio social. A família se encarrega de transmitir os valores culturais que visam uma resposta ao sistema de valores da sociedade. Na concepção de Birman e Costa (1994), não basta cuidar unicamente dos pacientes diagnosticados de psicose, mas torna-se obrigatório o tratamento do grupo familiar.

A família precisa ser auxiliada na convivência com um paciente com transtorno mental para resistir às pressões sociais e à sobrecarga intensa que compromete a saúde, a vida social e as relações com outros familiares. No entanto, predomina ainda a visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental, o que resulta em exclusão afetiva, social e econômica de um grande número de pessoas.

Dissertando sobre Spink (2003, p. 142) sobre a exclusão dos portadores de transtornos mentais, faz o seguinte comentário:

A dinâmica de inclusão/exclusão de uma diversidade de corpos é o exemplo mais claro desta imbricação entre sociedade e instituição hospitalar. Na perspectiva do estigma aquilo que é ameaçador, por contestar uma ordem estabelecida, tende a ser excluído do convívio social. A forma mais evidente é a exclusão física.

O estigma é uma reação social presente que isola, classifica como indesejáveis e desvaloriza o paciente com transtorno mental. No entanto, tem-se que reconhecer que o problema maior é o fato de o portador de doença mental se ver com os olhos preconceituosos dos outros.

Assim, o preconceito relacionado a essas pessoas resulta na marginalização afetiva e social de um grande número de pessoas, que tem o seu cotidiano marcado pela doença e relacionamento com outras pessoas. No contexto social sempre existem pessoas cheias de cobranças, pois predomina na sociedade a ideia de exclusão do portador de transtorno mental. Por essas razões as famílias precisam de ajuda, já que muitas são carentes de informações adequadas, que lhes deem suporte para lidar com a doença, as exclusões e a desassistência por parte do Estado.

Na concepção de Pereira (2003), a abordagem familiar como parte integrante do tratamento e as interações doença-família e família-doença aumentam o encargo da mesma, que será despertada para solicitações, reivindicações e aportes necessários para o convívio e o enfrentamento da doença mental.

No entanto, com o novo paradigma de assistência em saúde mental, o portador de transtorno mental passou a ser sujeito da sua própria história e a família precisa aceitar o encargo de ser a principal aliada na recuperação desse indivíduo.

### **2.3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA FUNÇÃO SOCIAL**

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituídos com base na Portaria/SNAS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992, são unidades “capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, rede de ambulatórios, atendimento terciário, atividades de cuidado e suporte social” (HECK et al., 2008, p. 648).

Souza *et al.* (2007, p. 211) acrescentam que no CAPS “são desenvolvidas atividades como atendimento individual, atendimento em grupo, oficina terapêutica e visita domiciliar”.

A proposta de trabalho do CAPS está baseada no tripé: equipe interdisciplinar, família e o projeto terapêutico individual (MARCHIS; SIMÃO; PINHEIRO, 2003).

O CAPS é uma unidade de saúde local que conta com uma população adscrita definida, oferecendo serviços e ações relativas à saúde mental. Ele realiza “a reabilitação psicossocial de usuários com transtornos mentais em fase controlada (não aguda)”, que surgiu objetivando “conferir autonomia aos usuários, aproveitar recursos da comunidade e treinar habilidades sociais”, constituindo-se numa estratégia similaridade à Estratégia Saúde da Família (ROCHA; BOCCHI; JULIANI, 2011, p. 127-128).

Acrescentam Borba, Shwartz e Kantorski (2008, p. 589) que:

Os serviços de atenção comunitária em saúde mental devem incluir ações dirigidas aos familiares e comprometerem-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico. Tendo em vista a reformulação da assistência psiquiátrica, a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos que sofrem de enfermidade mental. Portanto, é necessário conhecer o universo familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico.

Por ser um serviço substitutivo de atenção em saúde mental, o CAPS, de forma efetiva, consegue substituir os longos períodos de internação, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade. Por isso, essas unidades de saúde vêm sendo procuradas cada vez por um número maior de pessoas.

Na concepção de Heck et al. (2008, p. 648), o CAPS constitui um novo serviço, “pois veio para romper com o modelo anterior centrado no hospital reproduzindo as práticas de isolamento, segregação, exclusão e submissão à autoridade”.

Por sua condição de saúde, o portador de transtornos mentais passa a viver isolado, muitas vezes, da própria família. O CAPS, por sua vez, tem a missão de cuidar desse paciente, tratá-lo, melhorando sua saúde de forma que estes possa retornar ao convívio social. Noutras palavras, a missão do CAPS em relação ao PTM é promover a sua ressocialização.

Dias (2001) afirma que o processo de trabalho da equipe do CAPS está calcado na interdisciplinaridade, na integralidade da atenção, na intersetorialidade e no plano terapêutico individual.

No que diz respeito à interdisciplinaridade, esta pode ser vista como sendo uma ação conjunta por meio da qual, profissionais de diferentes áreas, somam seus conhecimentos objetivando prestarem uma melhor assistência àqueles de que dela necessitam, privilegiando o indivíduo como um todo. Pelo demonstrado, a assistência promovida no CAPS encontra-se pautada na humanização, privilegiando o indivíduo como um todo.

Assim, os profissionais que integram a equipe de saúde mental do CAPS, atuam de forma integrada, visando transformar a referida unidade numa porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, promovendo um atendimento multidisciplinar.

Informam Schrank e Olschowsky (2008) que o CAPS possui uma equipe multiprofissional, constituída de assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, musicoterapeutas, neurologistas, nutricionistas, profissionais de Educação Física, psicólogos, psiquiatras, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, monitores e estagiários, entre outros profissionais.

No CAPS, o paciente recebe uma assistência multidisciplinar, desenvolvida por uma equipe de profissionais, formada por assistente social, enfermeiras, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, pedagoga, psicólogo e psiquiatra.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 TIPO DA PESQUISA**

O presente trabalho acadêmico adota como procedimento metodológico a pesquisa exploratória, principalmente, devido ao fato de existir uma grande carência de material seja acadêmico ou não, a respeito dos fenômenos que serão estudados neste trabalho.

Esse tipo de pesquisa tem por objetivo oportunizar ao pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema em estudo. Por isso, é utilizado quando se tem noção muito vaga do problema da pesquisa.

#### **3.2 UNIVERSO E AMOSTRA**

O universo de análise foi formado pelo (as) responsáveis dos usuários do CAPS, no município de Sumé, Estado da Paraíba. A amostra foi constituída por 10 participantes, entre os quais foram exploradas as percepções sobre a atuação e desempenho apresentados pelos diferentes setores do referido Centro de Atenção Psicossocial.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante o mês de junho de 2017, no Centro de Atenção Psicossocial, localizada no perímetro urbano da cidade de Sumé, Estado da Paraíba. A referida coleta de dados ocorreu dentro do próprio horário de trabalho, no final do primeiro expediente, pela manhã.

### 3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

Após o contato inicial com o usuário no CAPS, pediu-se que respondessem a um questionário previamente elaborado, composto por dez (10) questões objetivas. A aplicação desse questionário teve por objetivo determinar qual a percepção de cada participante tinha em relação à qualidade dos serviços oportunizados pelo CAPS.

### 3.5 ANÁLISES DOS DADOS COLETADOS

Os dados foram analisados quantitativamente através do modelo descritivo e apresentados em forma de gráficos e tabelas, oportunidade em que foi utilizado planilhas Excel. A discussão dos resultados respalda na literatura pertinente ao tema em questão.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram colhidos alguns dados destinados a promover a caracterização da amostra entrevistada. Tais dados dizem respeito ao sexo, ao grau de escolaridade, ao local de residência e à renda familiar.

**Tabela 1** - Distribuição da amostra quanto ao perfil apresentado

<b>Variáveis</b>	<b>Participantes</b>	<b>%</b>
------------------	----------------------	----------

<b>Sexo</b>		
Masculino	02	20%
Feminino	08	80%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Sem instrução	01	10%
Ensino Fundamental Incompleto	02	20%
Ensino Fundamental Completo	03	30%
Ensino Médio Incompleto	02	20%
Ensino Médio Completo	02	20%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
<b>Local de residência</b>		
Zona Urbana	70	70%
Zona Rural	30	30%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>
<b>Renda Familiar</b>		
Inferior a 1 salário mínimo	04	20%
Entre 1 e 2 salários mínimos	05	20%
Entre 2 e 3 salários mínimos	01	10%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

Os dados apresentados na Tabela 1 mostram que 20% dos entrevistados pertenciam ao sexo masculino, enquanto que 80%, ao sexo feminino. Assim, a amostra pesquisada foi composta, em sua grande maioria, por mulheres. Ainda com base na Tabela 1, 10% dos entrevistados não possuíam escolaridade; 20% declararam que tinha o ensino fundamental incompleto; 30% afirmaram que tinha concluído essa modalidade de ensino; enquanto que 20% ressaltaram que não tinha concluído o ensino médio. E, os demais (20%) afirmaram que já concluíram um curso médio.

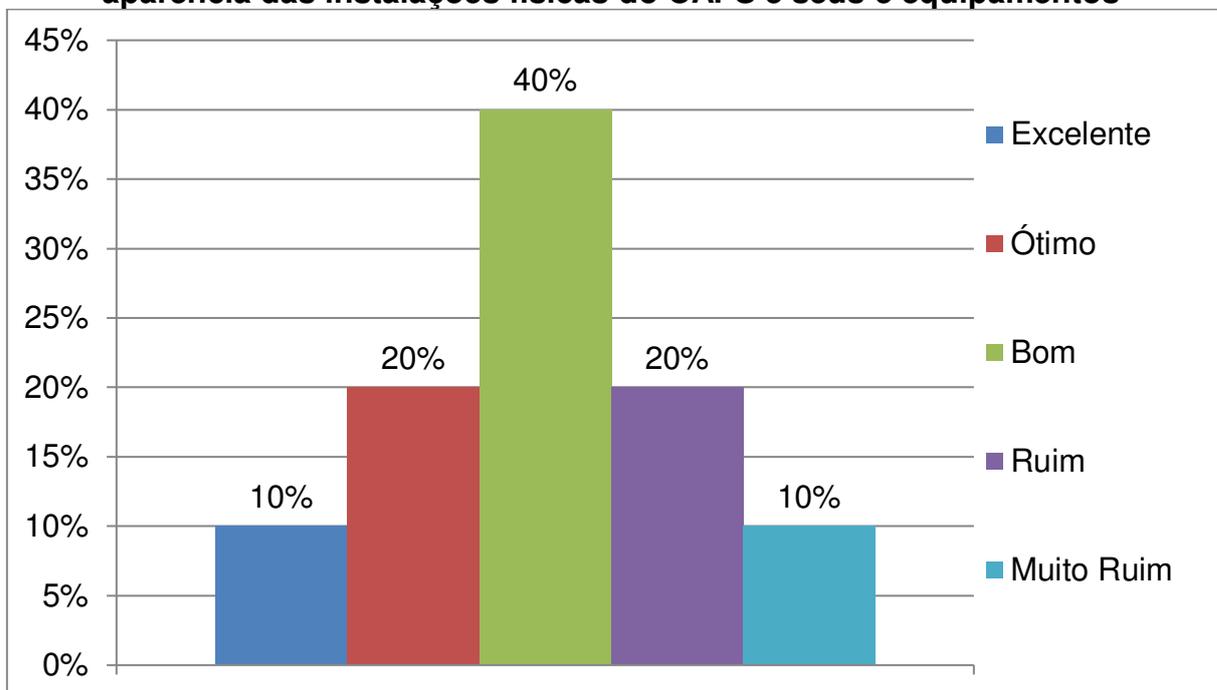
Assim sendo, percebe-se que a maioria dos entrevistados tinha nível de escolaridade baixo, porque 60% não havia passado do ensino fundamental.

Um estudo desenvolvido por Hercos e Berezovsky (2006) mostrou que existe uma tendência entre os usuários dos serviços oferecidos pelos SUS, que varia com o grau de escolaridade destes, sendo que com grande frequência, aqueles que possuem maior nível de escolaridade manifestam mais sua insatisfação em relação ao atendimento recebido.

#### 4.1 DADOS RELATIVOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA

Por meio do primeiro questionamento, procurou-se saber dos participantes como eles avaliam a aparência das instalações físicas do CAPS e de seus equipamentos. Os resultados colhidos foram apresentados no Gráfico 1.

**Gráfico 1 - Distribuição dos participantes quanto à forma como avaliam a aparência das instalações físicas do CAPS e seus equipamentos**



Fonte: Pesquisa de campo (junho/2017).

Analisando o Gráfico 2, verifica-se que 10 entrevistados avaliaram com sem excelente a aparência das instalações físicas e os equipamentos do CAPS; 20% consideraram essas variáveis como sendo 'boas'; 20% avaliaram com ruins e 10% consideraram como sendo muito ruins.

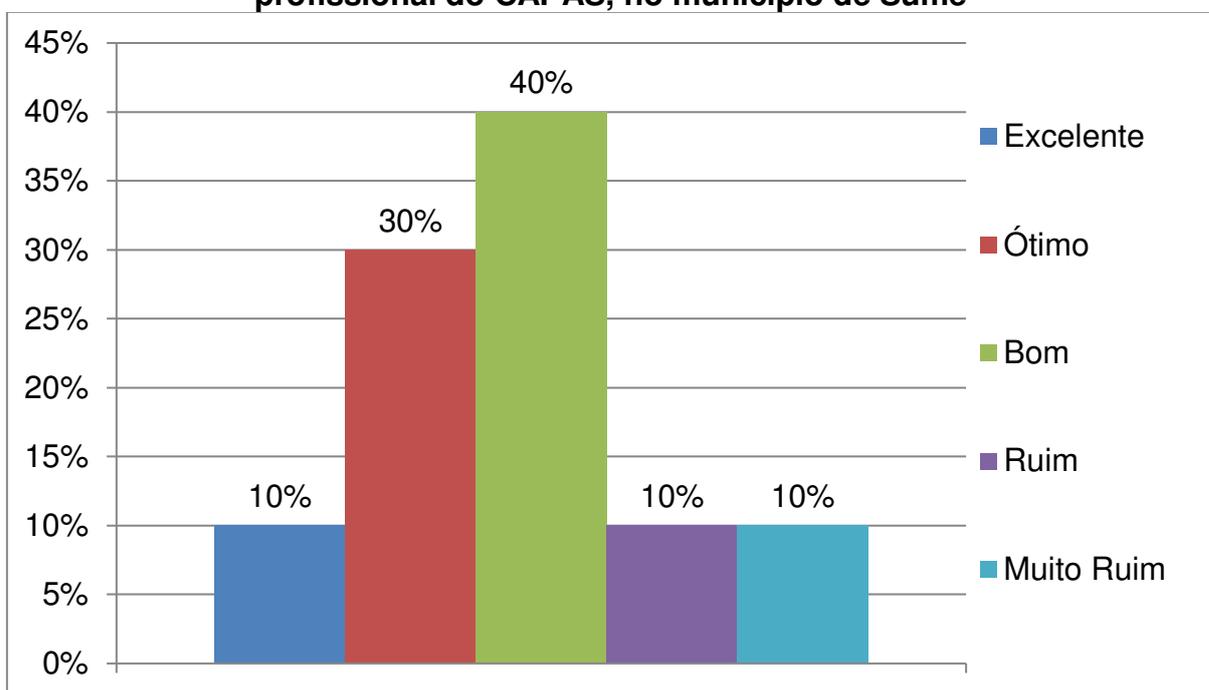
Deve-se ressaltar que a percepção é algo que varia de indivíduo para indivíduo, principalmente, quando o assunto é qualidade em relação às estruturas, equipamentos e aos serviços em uma instituição pertencente ao serviço público de saúde.

Um estudo realizado por Lima et al. (2015) mostra que os Centros de Atenção Psicossocial instalados na capital, nem sempre apresentam uma boa infraestrutura, constituindo-se em ambientes inadequados para a dimensão do trabalho para o qual se dispõe tais centros.

Especialmente no município de Sumé, o CAPS encontra-se instalado em um local de fácil acesso. Suas instalações não são grandes, mas possuem o espaço adequado para atender a demanda local. Quanto aos equipamentos, estes se mostram satisfatórios. Entretanto, tem que se reconhecer que no serviço público de saúde sempre existem carências e esta particularidade foi observada pelos entrevistados, que fizeram parte desta pesquisa.

Mediante o segundo questionamento, indagou-se aos participantes, como eles avaliam o processo de comunicação estabelecido entre os usuários e a equipe profissional do CAPS, em Sumé. O Gráfico 2 relaciona a esse questionamento.

**Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto à forma como avaliam o processo de comunicação estabelecido entre os usuários e a equipe profissional do CAPAS, no município de Sumé**



**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

Ao se analisar os dados apresentados no Gráfico 2, verifica-se que 10% dos entrevistados avaliam o processo de comunicação estabelecido com a equipe profissional do CAPAS, no município de Sumé, com sendo excelente; 30% consideram esse processo como sendo 'ótimo'; 40% como sendo 'bom', e os demais, em duas parcelas de 10% cada, como sendo ruim e muito ruim, respectivamente.

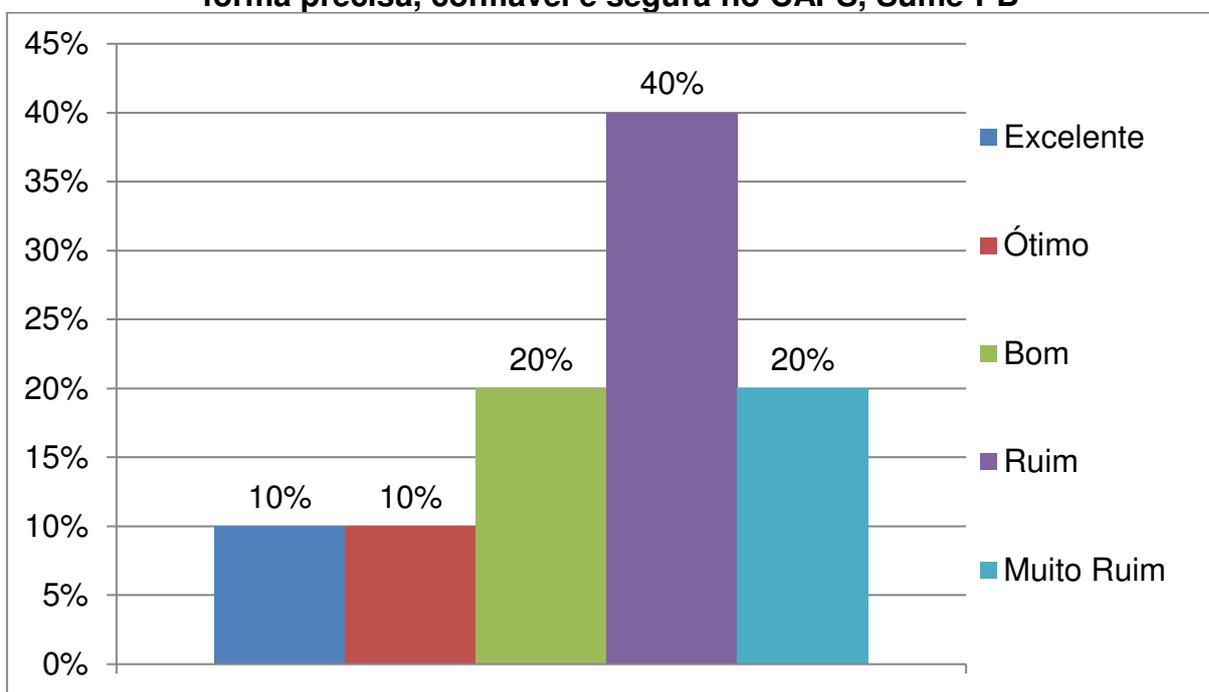
Savassi (2010) ressalta que no atendimento ao usuário dos serviços públicos de saúde, os profissionais, devem, principalmente, nos CAPS, saber estabelecer uma

boa relação com os familiares, pelo simples fato de que necessitarão da contribuição destes para desenvolverem bem as suas atividades.

Segundo Machineski; Schneider e Camatta (2013, p. 133), os familiares sentem a necessidade de “uma relação direta com a equipe de profissionais de saúde do CAPS, para que suas experiências vividas possam ser reconhecidas de maneira mais íntima e, assim, estejam aptos a apoiar de fato as necessidades expressas e vivenciadas pelos usuários”.

Mediante o terceiro questionamento, indagou-se aos participantes como eles avaliam a execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura, desenvolvidos pela equipe do CAPS, no município de Sumé-PB.

**Gráfico 3 - Distribuição dos participantes quanto à execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura no CAPS, Sumé-PB**



**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

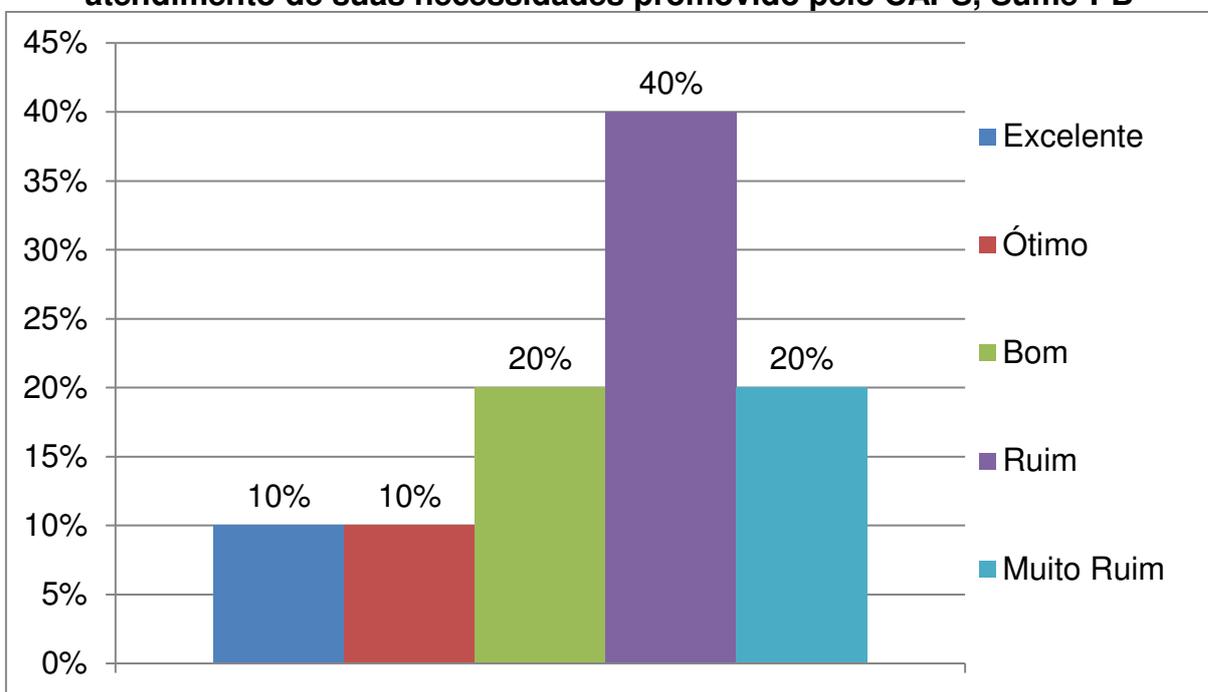
Os dados contidos no Gráfico 3 mostram que entre os entrevistados, 40% consideram ruim a execução dos serviços realizados pela CAPS no município de Sumé, Estado da Paraíba, no que diz respeito à precisão, à confiabilidade e à segurança; 20% consideram como sendo muito ruim; outros 20% avaliaram como sendo boa a execução de tais serviços. No entanto, os demais, em duas parcelas iguais de 10% entenderam que essa prestação é excelente e ótima, respectivamente.

Um estudo realizado por Hercos e Berezovsky (2006), mostrou que a segurança foi considerada a mais importante das dimensões da qualidade de serviço pela maioria dos usuários entrevistados, registrando um grau de insatisfação dos usuários foi muito baixo.

Quando se comparar os dados levantados por Hercos e Berezovsky (2006) com os encontrados na presente pesquisa, verifica-se que entre ambos não existe consonância. E vários fatores podem contribuir para isto, inclusive, a metodologia utilizada na pesquisa ou mesmo a existência da qualidade dos serviços oferecidos.

Posteriormente, procurou-se saber como os usuários veem a ajuda promovida pelo CAPS e o pronto atendimento às suas necessidades. Os dados colhidos nesse questionamento encontram-se apresentados no Gráfico 4.

**Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto a ajuda e o pronto atendimento de suas necessidades promovido pelo CAPS, Sumé-PB**



**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

Analisando os dados apresentados no Gráfico 4, verifica-se que 40% dos usuários entrevistados, consideram como sendo ruim a ajuda e o pronto atendimento às suas necessidades promovida pelo CAPS; 20% avaliaram como sendo muito ruim. No entanto, outros 20% afirmaram que essa ajuda é boa. Os demais classificaram como sendo ótima (10%) e excelente (10%).

Segundo Hercos e Berezovsky (2006), o maior grau de insatisfação gerado entre os usuários que procuram atendimento junto aos órgãos mantidos pelo SUS,

encontra-se relacionado ao fato da equipe de profissional dedicar pouco tempo ao paciente/usuário.

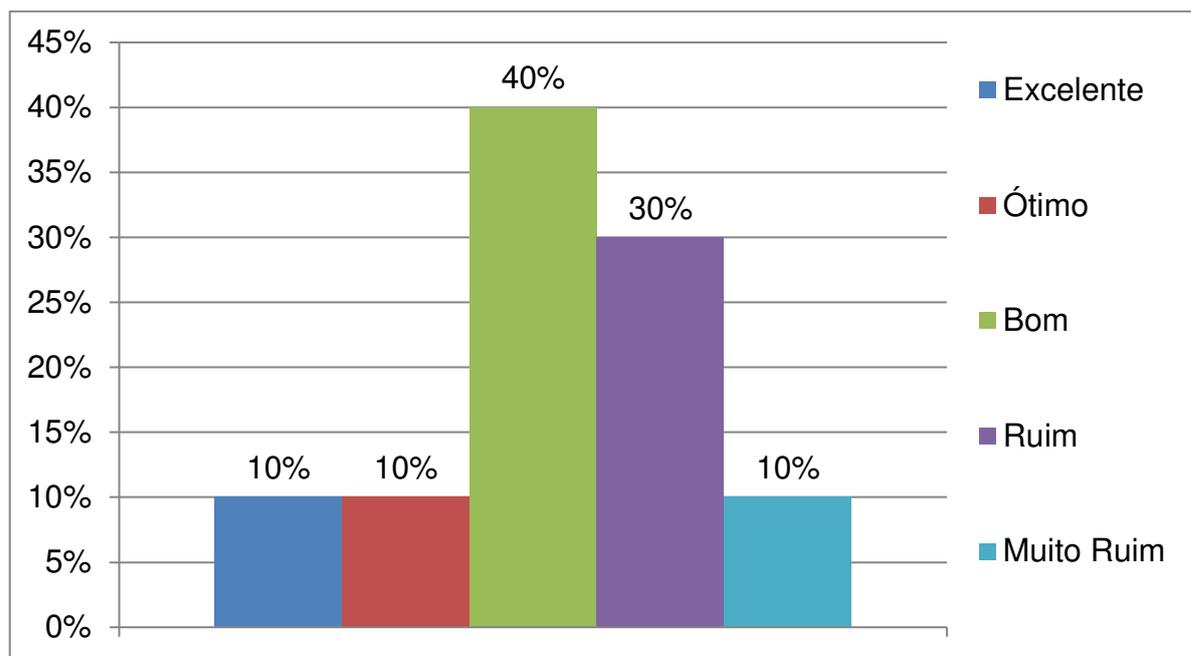
Clares et al. (2011) mostram que a falta de opção por outro serviço de saúde a ser utilizado, pode influenciar na avaliação do nível de satisfação com o serviço recebido.

É oportuno frisar que, vários estudos também demonstram que inicialmente, grande parte dos usuários se apresenta satisfeitos com os serviços públicos de saúde. No entanto, essa tendência desaparece com o tempo, transformando-se em insatisfação.

Através do quinto questionamento, perguntou-se aos usuários entrevistados como eles avaliam o conhecimento, a cortesia, a confiança e confiabilidade transmitidas pela equipe de profissionais do CAPS, que a eles prestou atendimento.

Os dados colhidos nesse questionamento foram condensados e apresentados por meio do Gráfico 5, apresentando como variáveis: excelente, ótimo, bom, ruim e muito ruim.

**Gráfico 5 - Distribuição dos participantes quanto ao conhecimento, à cortesia, à confiança e à confiabilidade transmitidas pela equipe do CAPS, Sumé-PB**



**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

Em relação ao conhecimento, à cortesia, à confiança e à confiabilidade transmitidas pela equipe do CAPS, os dados apresentados no Gráfico 5, mostram que 10% avaliaram essas variáveis como sendo ruins; 30% consideraram como sendo muito ruim; 40% entenderam como sendo boas; 10% acham que são ótimas e outros 10%, como sendo excelente.

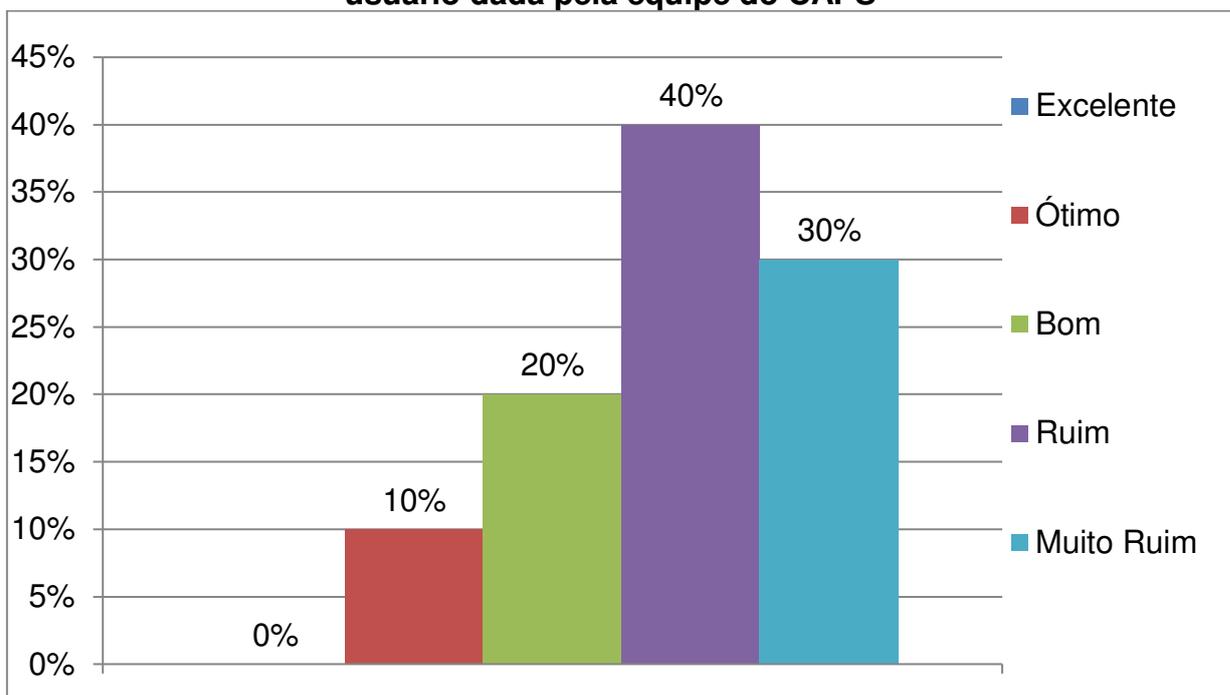
Rosso e Silva (2006) mostram que no processo de acolhimento, o profissional da área de saúde deve colocar-se no lugar do usuário para conhecer quais são suas necessidades. E, dentro do possível, atendê-las ou direcioná-las para um serviço de referência.

Agindo dessa forma, o profissional que atua no CAPS proporciona um bom atendimento e imprime resolutividade às ações ali desenvolvidas para atender aos anseios da população.

Vários estudos demonstram que a satisfação dos usuários é um dos indicadores que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos na área de saúde. E, que o fornecimento de altos níveis de qualidade nos serviços, bem como aumento dos números de serviços ofertados, pode contribuir para uma melhor satisfação por parte do usuário (CLARES et al., 2011).

Através do último questionamento, procurou-se saber dos usuários entrevistados como eles avaliam a atenção individual ao usuário, promovida pela equipe de profissionais do CAPS (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Distribuição dos participantes quanto à atenção individual ao usuário dada pela equipe do CAPS**



**Fonte:** Pesquisa de campo (junho/2017).

Quando se analisa os dados apresentados no Gráfico 6, verifica-se que 10% dos participantes consideram como sendo ótima a atenção individual dada ao usuário pela equipe do CAPS, durante o atendimento prestado; 20% consideraram como sendo 'boa'; 40% avaliaram como sendo ruim; 30% acharam muito ruim.

Segundo Machineski; Schneider e Camatta (2013), dentre outros, os seguintes diagnósticos: aborrecimento, agitação, agressividade, desobediência, doença mental, impulsividade, inquietação, irritação, nervosismo e timidez. E, que por essa razão, essa clientela necessita de um acompanhamento especial.

Geralmente, os usuários do CAPS possuem uma série de limitações e que para ajudá-los seus pais precisam desenvolver os esforços necessários para conseguirem um atendimento nos mencionados Centros. E é isto que faz com que muitos deixem de lado a resistência e superarem os obstáculos, que porventura possam ser registrados na busca pelo acesso a uma assistência para seus filhos.

Mostram Ronchi e Avellar (2010), que o sucesso do tratamento desenvolvido pelo CAPS também está condicionado ao envolvimento direto e constante dos familiares dos usuários, visto que estes podem contribuir para o cuidado que devem ser proporcionados aos mesmos no referido serviço.

Logo, tem que se reconhecer que se o usuário do CAPS requer um acompanhamento especial, este será melhor proporcionado se o atendimento for individualizado, sempre que possível, proporcionando a construção de um vínculo mais sólido entre equipe profissional, o usuário e seus familiares.

## **5 CONCLUSÕES**

Em todos os sentidos, acolhimento, o atendimento e os serviços oferecidos em um Centro de Atenção Psicossocial devem primar pela organização, pela humanização e serem de natureza individualizada. Isto para que os usuários se sintam mais valorizados e satisfeitos.

Através da realização do presente estudo, foi possível constatar que os usuários do CAPS no município de Sumé, Estado da Paraíba não estão satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos, principalmente, no que diz respeito ao atendimento individual, visto que este foi avaliado como sendo ruim ou muito ruim por 70% dos entrevistados.

Outras dimensões que foram avaliadas como sendo negativas por 60% dos entrevistados (ruim ou muito ruim), dizem respeito, respectivamente, à ajuda e ao pronto atendimento de suas necessidades, bem como à execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura, por parte dos profissionais que integram a equipe do CAPS, no município de Sumé-PB. E, a quarta dimensão que recebeu avaliação negativa de 40% dos entrevistados, relaciona-se ao conhecimento, à cortesia, à confiança e à confiabilidade transmitidas pela equipe do CAPS.

Assim, os dados coletados na presente pesquisa demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde precisa rever de forma completa, a natureza dos serviços prestados pelo CAPS, capacitar melhor a equipe profissional que ali exerce suas atividades funcionais, objetivando proporcionar um melhor acolhimento ao usuário, oportunizá-lo serviços de qualidade e que possuam resolutividade. E, que sejam prestados por profissionais que saibam repassar para o usuário confiança, credibilidade e presteza.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, E. da; KANTORSKI, Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 3ª conferência nacional de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Gestão financeira do sistema único de saúde**: Manual básico. 3 ed. revista e ampliada. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: instrumentalizando a ação profissional. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010.

CAMATTA, M. W.; SCHNEIDER, J. F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 477-484, 2009.

CLARES, J. W. B.; SILVA, L. M. S. da; DOURADO, H. H. M.; LIMA, L. L. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 604-609, out.-dez, 2011.

DIAS, M. Saúde mental: é possível uma política pública, coletiva, integral e de cidadania. **Revista de Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, Fiocruz, dez. 2001.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial**: história contada por profissionais de enfermagem. Curitiba, 2011. Dissertação (Mestrado). Curitiba-PR, Universidade Federal do Paraná, 2011.

HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, out-dez., 2008.

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SUS. **Arq Bras Oftalmol.**, v. 69, n. 2, p. 213-219, 2006.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. **O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 34, n. 1, p. 126-132, 2013.

MARCHIS, Elaine Cristina; SIMÃO, Maria Odete; PINHEIRO, Ana Guilhermina M. CAPS: uma nova proposta de tratamento e a importância desse atendimento aos seus usuários. **Serviço Social & Realidade**, v. 12, n. 1, p. 9-20, 2003.

OLIVEIRA, Fábila. A prática cotidiana da enfermeira no centro de atenção psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Representação da doença mental pela família do paciente. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, p.71-82, 2003.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M. O princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) - Utopia? **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 120-132, jan.-jul., 2011.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do CAPSi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROSSO, J. A.; SILVA, R. M. da. Avaliação da qualidade do atendimento em unidades primárias de saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de acadêmicos de medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 2, p. 45-55, 2006.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SANTIN, Gisel; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, v. 34, n. 2, p. jan-jul. 2011.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **R. Bras. Med. Fam. e Comun.**, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. **Direito à saúde.** São Paulo: Atlas, 2012.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul.-ago., 2005.

SOUZA, André de Mello e. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de AIDS. In: PINHEIRO, Letícia; MILANI, Car. R. s. (orgs.). **Política externa brasileira: as práticas da política e a política das práticas**. Rio de Janeiro; FGV, 2007.

SOUZA, J. et al. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr.-jun., 2007.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: Práticas, Saberes e Sentidos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

## APÊNDICE A

### **AVALIANDO A PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SUMÉ, ESTADO DA PARAÍBA**

**QUESTIONÁRIO APLICADO À CLIENTELA  
DO CAPS NO MUNICÍPIO DE SUMÉ - PARAÍBA**

**I - PERFIL DA AMOSTRA**

**01 Gênero:**

- Masculino  Feminino

**02 Grau de Instrução**

- Sem instrução  Ensino Fundamental Incompleto  
 Ensino Fundamental Completo  Ensino Médio Incompleto  
 Ensino Médio Completo

**03. Local de residência**

- Zona rural  Zona urbana

**04. Renda Familiar**

- Inferior a 1 salário mínimo  
 Entre 1 e 2 salários mínimos  
 Entre 2 e 3 salários mínimos  
 Acima de 3 salários mínimos

**II - DADOS RELATIVOS AOS OBJETIVOS DA PESQUISA**

**Assinale apenas uma das alternativas**

**01. Como o (a) senhor (a) avalia a aparência das instalações físicas do CAPS e de seus equipamentos?**

- Excelente  Ótimo  
 Bom  Ruim  
 Muito Ruim

**02. Como o (a) senhor (a) avalia o processo de comunicação estabelecido entre os usuários e a equipe profissional do CAPS, em Sumé?**

- Excelente  Ótimo  
 Bom  Ruim  
 Muito Ruim

**03. Como o (a) senhor (a) avalia a execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura, desenvolvidos pela equipe do CAPS, no município de Sumé-PB?**

- Excelente  Ótimo  
 Bom  Ruim  
 Muito Ruim

**04. Como o (a) senhor (a) avalia a ajuda promovida pelo CAPS e o pronto atendimento às suas necessidades?**

- Excelente  Ótimo  
 Bom  Ruim

Muito Ruim

**05. Como o (a) senhor (a) avalia o conhecimento, a cortesia, a confiança e confiabilidade transmitidas pela equipe de profissionais do CAPS, em Sumé-PB?**

Excelente

Ótimo

Bom

Ruim

Muito Ruim

**06. Como o (a) senhor (a) avalia a atenção individual ao usuário, promovida pela equipe de profissionais do CAPS?**

Excelente

Ótimo

Bom

Ruim

Muito Ruim