

Validação de um instrumento para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), versão para profissionais: Avalia-CAPS-P

Validation of an instrument to assess the Centers for Psychosocial Care (CAPS), version for professionals: Assess-CAPS-P

Validación de un instrumento para la evaluación de los Centros de Atención Psicossocial (CAPS), versión para profesionales: Evalúa-CAPS-P

Kátia Bones Rocha ¹

Gabriela Lemos de Pinho Zanardo ¹

doi: 10.1590/0102-311X00144121

Resumo

O instrumento Avalia-CAPS-P tem como objetivo avaliar como os principais atributos da atenção psicossocial se configuram em práticas no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possuindo versões para usuários, profissionais e familiares. Este estudo analisou as características psicométricas do Avalia-CAPS para profissionais, contando com a participação de 195 profissionais de CAPS. Realizou-se a análise fatorial confirmatória (AFC) do Avalia-CAPS-P, testando dois modelos de estrutura fatorial – unifatorial e com oito fatores –, e a análise de convergência com o instrumento SATIS-BR (Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental). A AFC apontou resultados satisfatórios dos modelos, sendo o modelo teórico de oito fatores utilizado para as análises e discussões subsequentes, apresentando os índices de ajustes $\chi^2 = 765,51$, $\chi^2/gl = 1,20$, $p = 0,001$, $CFI = 0,93$, $TLI = 0,92$, $RMSEA = 0,03$ (0,02-0,04), e cargas fatoriais dos itens com valores oscilando entre 0,76 e 0,33. A maioria das correlações entre os fatores foi moderada (variando entre $\rho = 0,38$ e $\rho = 0,71$) e a validade convergente mostrou que as dimensões do Avalia-CAPS-P se correlacionam significativamente e moderadamente com a avaliação global e com todas as dimensões SATIS-BR. O Avalia-CAPS apresenta indicadores adequados de confiabilidade e validade e destaca-se a importância de disponibilizar um instrumento que se propõe a avaliar a qualidade dos CAPS, estabelecendo indicadores e parâmetros que possibilitem avaliações sistemáticas, por meio dos diferentes atores sociais, complementando a avaliação da satisfação dos instrumentos já propostos.

Serviços de Saúde Mental; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa

Correspondência

K. B. Rocha

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul,
Av. Ipiranga 6681, prédio 11, sala 931, Porto Alegre, RS
90619-900, Brasil.

katiabonesrocha@gmail.com

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.



Introdução

A saúde mental pode ser definida como o estado de bem-estar que permite às pessoas desenvolverem habilidades, lidarem com tensões da vida, trabalharem de forma produtiva e contribuírem significativamente para suas comunidades ¹. Os problemas relacionados à saúde mental são uma importante questão de saúde pública e apresentam impactos em termos de dependência, cronicidade, incapacidade, morbidade e elevado custo econômico ^{2,3}. Nessa perspectiva, diferentes países buscam estratégias para qualificar a atenção à saúde mental, porém existem grandes desigualdades na distribuição e acesso aos recursos de saúde, tanto entre quanto dentro dos países ³, sendo um dos objetivos do Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹ fortalecer sistemas de informação, dados científicos e investigações na área.

Identifica-se uma lacuna persistente na qualidade dos cuidados em saúde mental que se deve, em parte, à falta de um consenso sobre quais devem ser as principais características da atenção psicossocial e de métodos sistemáticos de avaliação. Nesse sentido, Kilbourne et al. ⁴ apontam que não é possível melhorar o que não é medido ou avaliado. Internacionalmente, estudos referem dificuldade na avaliação dos serviços de saúde mental ^{4,5,6} e, dentre os modelos de avaliação existentes, um dos mais utilizados é o de Donabedian ⁷, que inclui os componentes de estrutura, processo e resultados. Nessa direção, Thornicroft & Tansella ⁵ referem que os nove princípios-chave da atenção comunitária à saúde neste modelo são: autonomia, continuidade, eficácia, acessibilidade, acolhimento, equidade, racionalidade, coordenação e eficiência.

Já no Brasil, estudos ^{8,9,10,11} apontam a necessidade de avaliar a atenção à saúde mental, considerando importante realizar análises que subsidiem a expansão do modelo de atenção psicossocial e dos diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A falta de dados que sustentem a produção de parâmetros institucionais, administrativos, epidemiológicos e clínicos é visto como um problema a ser enfrentado, embora este tipo de questão seja reflexo da ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas.

Os instrumentos mais utilizados para avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, a partir da perspectiva dos profissionais da saúde, são a *Escala de Avaliação de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental* (SATIS-BR) e a *Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental* (Impacto-BR) ⁸, elaboradas pela OMS e traduzidos e validados no Brasil por Bandeira et al. ^{12,13,14,15}. A SATIS-BR ^{12,14,15} mede a satisfação geral da equipe técnica com o serviço de saúde mental e por meio de quatro fatores: (1) qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes; (2) participação da equipe no serviço; (3) condições de trabalho; e (4) relacionamento no serviço. A Impacto-BR ^{13,15} mede a sobrecarga sentida pelos profissionais em consequência do trabalho diário com pessoas com transtornos mentais, avaliada de forma global e em três fatores: (1) efeitos sobre a saúde física e mental; (2) efeitos no funcionamento da equipe; (3) e sentimento de estar sobrecarregado.

As escalas SATIS-BR e Impacto-BR têm como vantagem a possibilidade de produzir dados que possam ser comparados com outros contextos, por outro lado, geram algumas limitações associadas às especificidades do instrumento em relação às características singulares do contexto de atenção à saúde mental brasileiro. Os instrumentos desenvolvidos neste campo tiveram o intuito de gerar novos indicadores de avaliação capazes de superar aqueles utilizados tradicionalmente pela clínica psiquiátrica como número de consultas, internações ou procedimentos laboratoriais, remissão de sintomas, número de altas, diagnóstico, entre outros ¹⁶. Segundo Pitta et al. ¹⁶ esses elementos são insuficientes para avaliar os serviços criados a partir da Reforma Psiquiátrica, pois, isoladamente, eles não informam a boa ou má qualidade dos serviços.

Oliveira et al. ¹⁰ destacam a importância de realizar a avaliação de satisfação, porém atentam que deve-se considerar que a satisfação dos usuários pode estar estreitamente relacionada às expectativas com os serviços. Ou seja, a presença de uma alta expectativa em contrapartida à baixa avaliação de qualidade pode resultar em satisfação reduzida. Por outro lado, se as expectativas são baixas, o que é considerado comum em áreas menos privilegiadas economicamente, a satisfação pode ser alta ¹⁰. Dessa forma, apesar de ser um constructo importante para avaliação de serviços, a satisfação apresenta algumas limitações ¹⁷. Apesar de encontrarmos dados que avaliem a expansão da estrutura dos serviços e ações, há uma lacuna na institucionalização da avaliação em saúde mental, principalmente no que tange a aspectos de processo e resultado.

Com esse intuito, foi desenvolvido um conjunto de instrumentos para avaliar a qualidade da atenção prestada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços especializados de atenção à saúde mental de maior expressão no Brasil. Os instrumentos, denominados *Avalia-CAPS*, tiveram como objetivo avaliar como alguns dos principais atributos da atenção psicossocial se configuram em práticas no cotidiano dos CAPS, a partir da perspectiva de usuários, profissionais e familiares. Eles foram inspirados no instrumento PCATool (*Primary Care Assessment Tool*)^{18,19}, que avalia como os principais atributos da atenção primária se efetivam nos cotidianos de atenção e contribui para qualificação da atenção em diferentes países^{19,20,21}.

A construção dos itens do *Avalia-CAPS* foi baseada nos princípios da atenção psicossocial preconizado pela OMS como modelo de cuidado à saúde mental. Este considera as necessidades e singularidades dos sujeitos, respeitando as convenções de direitos humanos. O cuidado é implementado próximo às residências, contando com a retaguarda de leitos em serviços e hospitais gerais, que atuam na fase aguda da doença, e com serviços intersetoriais e recursos comunitários integrados à saúde^{1,22,23}.

O processo de elaboração do instrumento *Avalia-CAPS* (versões usuários, familiares e profissionais) foi realizado em diferentes etapas. Primeiramente, foi realizada uma revisão da literatura internacional e nacional sobre avaliação de serviços especializados de saúde mental, assim como das principais leis e portarias a respeito da atenção psicossocial no Brasil^{24,25,26,27}. Foram feitos estudos qualitativos com 11 profissionais^{28,29} e sete usuários do CAPS³⁰, investigando os principais atributos da atenção psicossocial e sua operacionalização no cotidiano dos CAPS. Depois, a construção de uma primeira versão do instrumento foi analisada por oito juízes *experts* na área de saúde mental e construção de instrumentos. Os resultados apontaram Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de 88,6%³⁰. Em apenas quatro itens, a concordância entre os avaliadores foi inferior a 0,80. O IVC geral da escala foi de 0,93, classificando a concordância dos juízes como muito satisfatória³⁰. O instrumento *Avalia-CAPS-U* (versão usuários) foi validada com 351 usuários de CAPS³⁰. A versão final do instrumento *Avalia-CAPS-U* está constituída por oito fatores³⁰, mesma estrutura fatorial testada no instrumento *Avalia-CAPS-P* (versão profissionais). Assim, este estudo buscou construir e analisar especificamente as características psicométricas do *Avalia-CAPS* em sua versão para profissionais.

Método

Participantes e procedimentos

A amostra por conveniência contou com 195 profissionais de diferentes CAPS do Brasil, considerando que Pasquali³¹ indica o número mínimo de cinco e ideal de dez participantes para cada item do questionário. Do total de respostas, 95 foram realizadas nos serviços, na presença da equipe de pesquisa, e 100 por meio do formulário *online*, de maneira remota. A coleta presencial foi realizada em CAPS para população adulta de uma cidade de médio porte e duas cidades de grande porte do Rio Grande do Sul e a coleta *online*, devido às adaptações necessárias em função da pandemia de COVID-19, estendeu-se a CAPS de todo o Brasil. A primeira etapa ocorreu entre julho de 2019 e março de 2020, e a segunda entre maio e agosto de 2020. A aplicação durou aproximadamente 20 minutos.

Os CAPS configuram-se como um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e são organizados em diferentes tipos: CAPS I (atende a todas as faixas etárias com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, das 8h às 18h em dias úteis, em municípios com mais de 20 mil habitantes); CAPS II (atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes; das 8h às 18h em dias úteis, em municípios com mais de 70 mil habitantes); CAPS II AD (pode atender qualquer faixa etária com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, das 8h às 18h em dias úteis, em municípios com mais de 70 mil habitantes); CAPS III AD (pode atender qualquer faixa etária com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e cuidados clínicos contínuos; com funcionamento 24 horas, todos os dias, podendo ter leitos de internação de até 15 dias, em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes); CAPS IV AD (atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas, todos os dias, em município com

mais de 500 mil habitantes) ^{25,26,27}. Com exceção dos CAPS I, destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, os demais serviços foram incluídos na coleta.

A construção do banco de dados da coleta presencial ocorreu por meio de dupla digitação, sendo posteriormente unificada ao banco de dados *online* gerado pelo software Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>). Dessa forma, a amostra foi composta por: 18% de CAPS I e 35% de CAPS II; 25,5% de CAPS II AD; 20% de CAPS III AD e 1,5% CAPS IV AD. Os profissionais tinham idades entre 22 e 64 anos, sendo a média de 39,59 anos (DP = 10,51) e 112 (57,4%) eram homens. A maioria declarou ser branca (76,4%), 48,7% estavam em união estável e 37,9% eram solteiros. Em relação à profissão, dentre os profissionais de nível superior (80%), 14,9% eram enfermeiros, 12,3% psicólogos, 9,7% médicos, sendo que 61,5% possuíam pós-graduação. Dentre os profissionais de nível médio ou básico, 36,9% eram técnicos ou auxiliares de enfermagem e 14,3% representavam outras ocupações. Quanto ao tipo de contrato de trabalho, 38,5% eram residentes, 29,7% estatutários, 18% celetistas, 7,2% terceirizados e 6,6% não responderam.

Foram respeitados todos os procedimentos éticos conforme a *Resolução nº 510/2016* do Conselho Nacional de Saúde. Todos os profissionais participaram de forma voluntária e assinaram ou optaram pelo aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Variáveis e instrumentos

O instrumento Avalia-CAPS-P (versão profissionais) possui 38 questões e buscou seguir rigorosamente os critérios elegíveis para sua validação. As respostas foram elaboradas em escala de tipo Likert com quatro pontos: com certeza, sim (4); provavelmente, sim (3); provavelmente, não (2); com certeza, não (1). Além disso, incluiu-se a opção de resposta: não sei/não lembro (0). Estas últimas foram tratadas como ausentes e imputadas pelo método *Expectation – Maximization* ³², sendo um total de 1,72% dos dados ausentes.

Este instrumento foi formulado em dois grandes eixos teóricos, (a) autonomia e (b) integralidade e intersetorialidade, e as dimensões foram transversalizadas pelos elementos de processos e resultados ⁷. O modelo foi composto por oito fatores na versão para usuários ³⁰, estrutura fatorial que será testada na versão do instrumento para os profissionais. Os fatores são: Fator 1 – resultados (17, 23, 35, 36, 37); Fator 2 – autonomia: tratamento centrado no usuário e suas necessidades (1, 3, 14, 24); Fator 3 – autonomia: informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento (2, 4, 5, 6, 25, 26, 31); Fator 4 – autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias (15, 16, 18, 19); Fator 5 – integralidade: integração comunitária (9, 10, 20, 21, 32, 34); Fator 6 – integralidade: participação da família no tratamento (7, 8, 27, 33); Fator 7 – coordenação com atenção primária e outros serviços da rede de saúde e intersetorialidade (11, 12, 13, 22); Fator 8 – equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise (28, 29, 30, 38).

Por fim, foi utilizada a versão abreviada da escala SATIS-BR que contém 32 itens quantitativos e respostas do tipo Likert com cinco pontos ¹³. A escala apresenta confiabilidade $\alpha = 0,89$ e realiza o cálculo do grau de satisfação global e em subfatores. Os subfatores medem o grau de satisfação da equipe com relação: (1) à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes (10 itens); (2) à participação no serviço (7 itens); (3) às condições de trabalho (10 itens); (4) ao relacionamento no serviço (3 itens).

Análise dos dados

Para testar a estrutura fatorial do Avalia-CAPS-P foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) com o estimador WLSMV (média dos mínimos quadrados ponderada e variância ajustada), método de estimativa adequado para o ordinal. As análises foram conduzidas por meio do pacote Lavaan ³³ no software R versão 4.0.4 (<http://www.r-project.org>). Dois modelos de estrutura fatorial foram analisados: (1) modelo unifatorial; e (2) modelo de oito fatores. O modelo 1 pressupõe que o instrumento mede apenas um fator geral de avaliação do CAPS, enquanto o modelo 2 considera o instrumento como uma medida de oito diferentes aspectos da avaliação do CAPS. Ambos os modelos se baseiam nos pressupostos de construção da escala (descritos anteriormente). Foram usados os seguintes índices para avaliar o ajuste dos modelos: razão entre χ^2 /graus de liberdade (χ^2 /gl), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), erro quadrático médio de aproximação (RMSEA),

as cargas fatoriais padronizadas e o erro-padrão de cada item. Os valores de corte para os índices de ajuste foram: CFI/TLI $\geq 0,95$, RMSEA $\geq 0,06$ ³⁴ e $\chi^2/\text{gl} < 2$ ³⁴. Considerando o tamanho da amostra, o ponto de corte adotado para as cargas fatoriais padronizadas foi de 0,40 ³⁵. Por fim, para avaliar a confiabilidade da escala, foram calculados os valores de ômega de McDonald (ω) e alfa de Cronbach (α) dos fatores e da escala como um todo, assim como uma análise de correlação de Spearman entre os oito fatores da Avalia-CAPS-P.

Posteriormente, para avaliar a validade concorrente do Avalia-CAPS-P, realizou-se uma análise de convergência com a versão reduzida do SATIS-BR dirigido a profissionais, para verificar a existência ou não de associação entre as duas escalas mediante o cálculo de correlação de Spearman.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a descrição dos itens que compõe a escala Avalia-CAPS-P. De forma geral, as médias dos itens foram bastante elevadas, sendo que 26,3% tiveram médias superiores a 3,5, 58,9% superiores a 3,0 e 15,8% inferiores a 3,0. As médias de pontuação dos fatores variaram entre 3,60 (Fator 2) e 2,90 (Fator 4), conforme dados da tabela.

O Fator 6 possui os piores indicadores de consistência ($\omega = 0,48$, IC95%: 0,37; 0,59; $\alpha = 0,49$, IC95%: 0,35; 0,59). Ainda abaixo de 0,70 estão o Fator 1 ($\omega = 0,68$, IC95%: 0,60; 0,74; $\alpha = 0,68$, IC95%: 0,60; 0,74), o Fator 4 ($\omega = 0,63$, IC95%: 0,55; 0,72; $\alpha = 0,64$, IC95%: 0,55; 0,72) e o Fator 8 ($\omega = 0,65$, IC95%: 0,57; 0,73; $\alpha = 0,61$, IC95%: 0,52; 0,68). Enquanto os Fatores 2 ($\omega = 0,72$, IC95%: 0,65; 0,78; $\alpha = 0,69$, IC95%: 0,60; 0,74), Fator 3 ($\omega = 0,76$, IC95%: 0,70; 0,80; $\alpha = 0,74$, IC95%: 0,68; 0,79), Fator 5 ($\omega = 0,73$, IC95%: 0,68; 0,79; $\alpha = 0,71$, IC95%: 0,65; 0,77) e Fator 7 ($\omega = 0,72$, IC95%: 0,66; 0,78; $\alpha = 0,71$, IC95%: 0,64; 0,77) apresentaram indicadores acima de 0,70.

Os resultados da AFC são apresentados na Tabela 2. O modelo 1 unifatorial, no qual foram incluídos todos os itens em um único fator, apresentou os seguintes índices de ajuste: $\chi^2 = 840,85$, $\chi^2/\text{gl} = 1,26$, $p = 0,001$, CFI = 0,90, TLI = 0,89, RMSEA = 0,04 (0,03-0,04). O modelo de oito fatores (modelo 2) mostrou um melhor ajuste dos dados: $\chi^2 = 765,51$, $\chi^2/\text{gl} = 1,20$, $p = 0,001$, CFI = 0,93, TLI = 0,92, RMSEA = 0,03 (0,02-0,04). Este modelo considerou o agrupamento dos itens conforme o modelo de elaboração da escala. Testou-se ainda um modelo 3, excluindo os quatro itens que apresentaram cargas fatoriais menores que 0,40 no modelo 2. Contudo este modelo de oito fatores ajustado (modelo 3) apresentou apenas uma sensível melhora de 0,01 no CFI/TLI e piora de 0,01 no χ^2/gl ($\chi^2 = 607,80$, $\chi^2/\text{gl} = 1,21$, $p = 0,001$, CFI = 0,94, TLI = 0,93, RMSEA = 0,03 (0,02-0,04)). Dessa forma, optamos por adotar o modelo 2 com os 38 itens como o mais adequado para o instrumento em razão de: (a) apresentar índices de ajuste muito próximos ao do modelo 3; (b) haver razões psicométricas ligadas às características da amostra que explicam as cargas fatoriais abaixo de 0,40 nos quatro itens; (c) a retirada de itens em um instrumento novo pode ser prejudicial, demandando estudos adicionais; (d) ser o modelo mais alinhado com a teoria. Assim, este será o modelo utilizado nas análises subsequentes.

Dessa forma, a Figura 1 apresenta a estrutura fatorial mais adequada para o Avalia-CAPS-P, com as cargas fatoriais padronizadas e o erro-padrão (EP). No Fator 1, as cargas fatoriais padronizadas oscilaram entre 0,64 e 0,49; no Fator 2, entre 0,76 e 0,36; no Fator 3, entre 0,61 e 0,39; no Fator 4, entre 0,65 e 0,45; no Fator 5, entre 0,66 e 0,38; no Fator 6 entre 0,60 e 0,43; no Fator 7, entre 0,65 e 0,63; e, no Fator 8, entre 0,73 e 0,33. Os itens 14, 24, 34 e 38 tiveram cargas fatoriais baixas ($< 0,40$), porém superiores a 0,3.

Os dados de correlação entre os fatores do Avalia-CAPS foram realizadas com o modelo 2, conforme dados da Tabela 3. Os resultados variaram entre correlações fracas ($\rho = 0,38$; $p = 0,001$) entre as dimensões autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias e coordenação com atenção primária e outros serviços e correlações forte ($\rho = 0,71$; $p = 0,001$) entre o Fator 2 e o Fator 3, sendo a maioria das correlações moderadas.

Tabela 1

Descrição dos itens do instrumento Avalia-CAPS-P (N = 195).

Item	0		1		2		3		4		Missing		Média	DP
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Fator 1													3,28	0,409
17	4	2,1	0	0,0	6	3,1	106	54,4	79	40,5	0	0,0	3,31	0,726
23	1	0,5	2	1,0	5	2,6	103	52,8	84	43,1	0	0,0	3,37	0,646
35	16	8,2	9	4,6	52	26,7	94	48,2	21	10,8	3	1,5	2,50	1,031
36	5	2,6	5	2,6	99	50,8	83	42,6	192	98,5	3	1,5	3,33	0,775
37	6	3,1	2	1,0	6	3,1	77	39,5	102	52,3	2	1,0	3,38	0,869
Fator 2													3,60	0,405
1	1	0,5	1	0,5	10	5,1	82	42,1	101	51,8	0	0,0	3,44	0,673
3	1	0,5	1	0,5	4	2,1	64	32,8	125	64,1	0	0,0	3,59	0,620
14 *	2	1,0	1	0,5	2	1,0	33	16,9	157	80,5	0	0,0	3,75	0,611
24	4	2,1	2	1,0	5	2,6	74	37,9	110	56,4	0	0,0	3,44	0,791
Fator 3													3,32	0,490
2	0	0,0	1	0,5	9	4,6	73	37,4	112	7,4	0	0,0	3,51	0,617
4	5	2,6	19	9,7	32	16,4	95	48,7	42	21,5	2	1,0	2,76	0,992
5	6	3,1	5	2,6	21	10,8	98	50,3	65	33,3	0	0,0	3,05	0,908
6	1	0,5	9	4,6	14	7,2	69	35,4	102	52,3	0	0,0	3,32	0,853
25	2	1,0	2	1,0	13	6,7	54	27,7	124	63,6	0	0,0	3,50	0,766
26 *	1	0,5	19	9,7	23	11,8	3	17,9	117	60,0	0	0,0	3,27	1,042
31	1	0,5	5	2,6	9	4,6	75	38,5	105	53,8	0	0	3,43	0,734
Fator 4													2,90	0,683
15	2	1,0	16	8,2	17	8,7	53	27,2	107	54,9	0	0,0	3,26	0,996
16	1	0,5	8	4,1	19	9,7	68	34,9	99	50,8	0	0,0	3,31	0,844
18	7	3,6	37	19,0	55	28,2	70	35,9	25	12,8	1	0,5	2,34	1,055
19	7	3,6	47	24,1	36	18,5	54	27,7	51	26,2	0	0,0	2,47	1,222
Fator 5													3,43	0,403
9	1	0,5	2	1,0	4	2,1	42	2,1	146	74,9	0	0,0	3,69	0,623
10	1	0,5	6	3,1	20	10,3	20	10,3	97	49,7	0	0,0	3,30	0,828
20	2	1,0	4	2,1	7	3,6	7	3,6	96	49,2	0	0,0	3,38	0,756
21	6	3,1	5	2,6	19	9,7	19	9,7	63	32,3	0	0,0	3,08	0,897
32	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	162	83,1	0	0,0	3,82	0,397
34 *	5	2,6	4	2,1	26	13,3	26	13,3	42	21,5	2	1,0	2,95	0,827
Fator 6													3,48	0,411
7	3	0,5	4	2,1	10	5,1	81	41,5	96	49,2	1	0,5	3,34	0,811
8	1	0,5	11	5,6	13	6,7	39	20,0	131	67,2	0	0,0	3,48	0,896
27	0	0,0	0	0,0	2	1,0	67	34,4	125	64,1	1	0,5	3,63	0,506
33	4	2,1	0	0,0	2	1,0	114	58,5	75	38,5	0	0,0	3,31	0,705
Fator 7													3,25	0,605
11	5	2,6	19	9,7	26	13,3	88	45,1	56	28,7	1	0,5	2,88	1,008
12	1	0,5	7	3,6	18	9,2	73	37,4	96	49,2	0	0,0	3,31	0,837
13	1	0,5	1	0,5	14	7,2	69	35,4	110	56,4	0	0,0	3,45	0,705
22	1	0,5	1	0,5	12	6,2	93	47,7	88	45,1	0	0,0	3,35	0,675
Fator 8													3,53	0,447
28	1	0,5	0	0,0	11	5,6	60	30,8	123	63,1	0	0,0	3,55	0,657
29	3	1,5	17	8,7	33	16,9	61	31,3	81	41,5	0	0,0	3,01	1,045
30	1	0,5	5	2,6	1	0,5	71	36,4	117	60,0	0	0,0	3,53	0,675
38 *	1	0,5	0	0,0	1	0,5	19	9,7	172	88,2	2	1,0	3,87	0,439

DP: desvio padrão.

Nota: 0 = não sei/não lembro; 1 = com certeza, não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente, sim; 4 = com certeza, sim.

* Itens excluídos no modelo ajustado: 14, 26, 34, 38.

Tabela 2Índices de ajuste da estrutura fatorial do *Avalia-CAPS-P* (N = 195).

Modelo	Descrição	χ^2/gl	χ^2	gl	Valor de p	CFI	TLI	RMSEA (IC95%)
1	Unifatorial	1.26	840.85	665	0,001	0,90	0,89	0,04 (0,03; 0,04)
2	Oito fatores	1.20	765.51	637	0,001	0,93	0,92	0,03 (0,02; 0,04)
3 *	Oito fatores ajustado	1.21	607.80	499	0,001	0,94	0,93	0,03 (0,02; 0,04)

CFI: índice de ajuste comparativo; RMSEA: erro quadrático médio de aproximação; TLI: índice de Tucker-Lewis.

* Itens excluídos no modelo 3: 14, 26, 34, 38.

Os resultados da análise de convergência entre o *Avalia-CAPS-P* e o *SATIS-BR*, expostos na Tabela 4, mostram que as diferentes dimensões dos instrumentos estão significativamente correlacionadas. A avaliação global do *SATIS-BR* se correlaciona moderadamente com todas as dimensões, exceto a dimensão “resultados” (Fator 1) ($\rho = 0,32$; $p = 0,001$) que apresenta correlação fraca. As correlações dos subfatores apresentam correlação significativa com os fatores do instrumento *Avalia-CAPS-P*, conforme descrição na Tabela 4.

Discussão

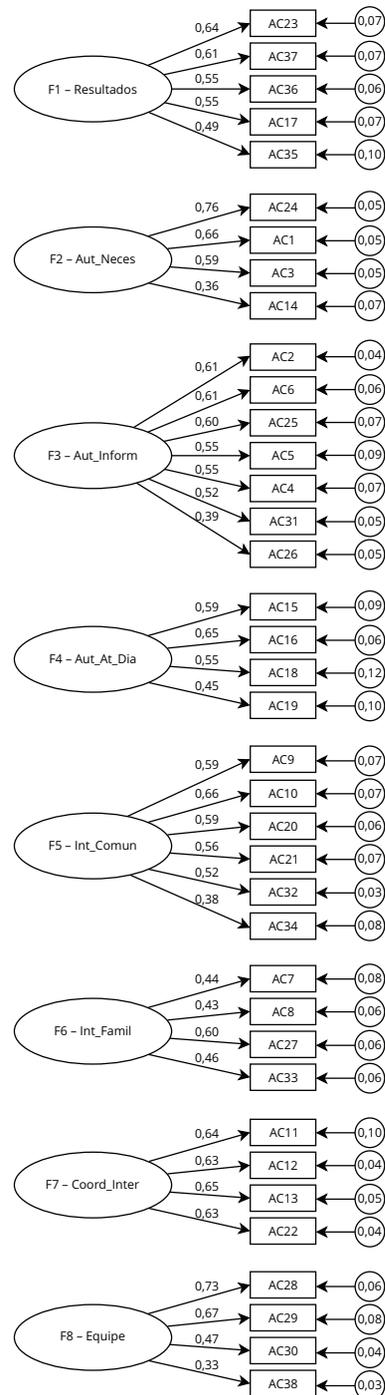
O objetivo deste estudo foi avaliar psicometricamente o instrumento *Avalia-CAPS*, versão para profissionais, que tem por finalidade avaliar como alguns dos principais atributos da atenção psicossocial se configuram em práticas no cotidiano dos CAPS. O modelo de oito fatores foi o mais adequado, considerando os índices de ajuste, o instrumento que serviu como base para a sua adaptação (*Avalia-CAPS-U*) e a teoria que os fundamenta. Os valores de RMSEA foram adequados, mas os valores de CFI e TLI foram um pouco abaixo do ponto de corte conservador de 0,95. A literatura tem defendido valores próximos a 0,95 como adequados. Essa delimitação aproximada e não exata ocorre porque esses valores de corte recomendados variam em função das condições de modelagem (por exemplo, tamanho da amostra, tipo de estimador) ^{35,36}. É consensual a rejeição de modelo com valores de CFI e TLI abaixo de 0,90, mas valores entre 0,90 e 0,95, especialmente com uso de estimadores diferentes do *maximum likelihood*, podem indicar um ajuste aceitável do modelo. Nesse sentido, corrobora a adequação do modelo, o fato de os outros índices de ajuste terem apresentado bons valores.

Em relação aos quatro itens com cargas fatoriais abaixo de 0,40 no modelo 2, primeiramente, cabe salientar que as cargas fatoriais são diretamente afetadas pelo tamanho amostral. O ponto de corte estabelecido foi mais rigoroso do que o valor de 0,30, que é comumente adotado. Não há consenso na literatura, principalmente em se tratando do teste de modelos com estimadores para dados ordinais como o *WLSMV*, variando os pontos de corte entre 0,30-0,50 ³⁴. Além disso, os itens 26 e 34 apresentaram cargas muito próximas ao patamar de 0,40 (0,39 e 0,38, respectivamente). Os valores menores das cargas fatoriais podem ter ocorrido por esses itens exigirem mais esforço do respondente para sua compreensão. Por exemplo, a assertiva 38 é semanticamente distinta da maioria dos itens do instrumento, pois pergunta sobre a indicação do CAPS caso uma pessoa precise de um serviço de saúde mental. Dessa forma, a permanência dos itens é justificável e, provavelmente, estudos com amostras maiores encontrem cargas fatoriais adequadas para eles.

As correlações entre fatores do *Avalia-CAPS-P* foram moderadas, semelhante aos valores de correção com os fatores do *SATIS-BR*. Essa associação entre os fatores da escala faz sentido teórico, pois se trata da avaliação da qualidade de distintos atributos do mesmo serviço. O modelo 2 – modelo de oito fatores com 38 itens – é o recomendado para utilização em novos estudos, para verificação de sua adequação em outras amostras, bem como para testar a estrutura proposta teoricamente na construção do instrumento.

Figura 1

Estrutura fatorial instrumento Avalia-CAPS-P (modelo 2).



Nota: Fator 1 – resultados; Fator 2 – autonomia: tratamento centrado no usuário e suas necessidades; Fator 3 – autonomia: informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento; Fator 4 – autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias; Fator 5 – integralidade: integração comunitária; Fator 6 – integralidade: participação da família no tratamento; Fator 7 – coordenação com atenção primária e outros serviços da rede de saúde e intersetorialidade; Fator 8 – equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise.

Tabela 3Análise de convergência entre as dimensões do *Avalia-CAPS*.

Fatores	Fator 1 rho	Fator 2 rho	Fator 3 rho	Fator 4 rho	Fator 5 rho	Fator 6 rho	Fator 7 rho	Fator 8 rho
Fator 1 – resultados	1,00	0,49 *	0,48 *	0,41 *	0,54 *	0,55 *	0,40 *	0,47 *
Fator 2 – autonomia: tratamento centrado no usuário e suas necessidades	0,49 *	1,00	0,71 *	0,49 *	0,59 *	0,55 *	0,45 *	0,59 *
Fator 3 – autonomia: informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento	0,48 *	0,71 *	1,00	0,54 *	0,58 *	0,63 *	0,43 *	0,60 *
Fator 4 – autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias	0,41 *	0,49 *	0,54 *	1,00	0,63 *	0,46 *	0,38 *	0,52 *
Fator 5 – integralidade: integração comunitária	0,54 *	0,58 *	0,58 *	0,63 *	1,00	0,62 *	0,61 *	0,63 *
Fator 6 – integralidade: participação da família no tratamento	0,55 *	0,55 *	0,63 *	0,46 *	0,62 *	1,00	0,42 *	0,48 *
Fator 7 – coordenação com a atenção primária e outros serviços da rede de saúde e intersetorialidade	0,40 *	0,45 *	0,43 *	0,38 *	0,61 *	0,42 *	1,00	0,54 *
Fator 8 – equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise	0,46 *	0,59 *	0,60 *	0,52 *	0,63 *	0,48 *	0,54 *	1,00

rho: correlação de Spearman.

* Valor de $p = 0,001$.**Tabela 4**Análise de convergência entre os instrumentos *Avalia-CAPS-P* e *Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR)*.

Avalia-CAPS-P (Fatores)	SATIS-BR				
	Avaliação global	Subfator 1	Subfator 2	Subfator 3	Subfator 4
	rho	rho	rho	rho	rho
Fator 1 – resultados	0,32 *	0,43 *	0,25 *	0,27 *	0,16 *
Fator 2 – autonomia: tratamento centrado no usuário e suas necessidades	0,55 *	0,63 *	0,44 *	0,45 *	0,48 *
Fator 3 – autonomia: informações e empoderamento dos usuários em relação ao seu tratamento	0,56 *	0,60 *	0,48 *	0,43 *	0,43 *
Fator 4 – autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias	0,50 *	0,48 *	0,45 *	0,44 *	0,35 *
Fator 5 – integralidade: integração comunitária	0,50 *	0,54 *	0,44 *	0,37 *	0,38 *
Fator 6 – integralidade: participação da família no tratamento	0,39 *	0,44 *	0,31 *	0,32 *	0,29 *
Fator 7 – coordenação com a atenção primária e outros serviços da rede de saúde e intersetorialidade	0,37 *	0,43 *	0,30 *	0,34 *	0,24 *
Fator 8 – equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise	0,58 *	0,61 *	0,49 *	0,49 *	0,48 *

rho: correlação de Spearman.

Nota: Subfator 1: grau de satisfação da equipe com relação à qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes; Subfator 2: grau de satisfação da equipe com relação à participação no serviço; Subfator 3: grau de satisfação da equipe com relação às condições de trabalho; Subfator 4: grau de satisfação da equipe com relação ao relacionamento no serviço.

* Valor de $p = 0,001$.

O instrumento apresentou predominantemente valores adequados de consistência interna (entre $\alpha = 0,63$ e $\alpha = 0,75$, com exceção do fator de participação da família, $\alpha = 49$), os valores encontram-se um pouco abaixo daqueles encontrados nas escalas SATIS-BR (entre $\alpha = 0,63$ e $\alpha = 0,83$) e Impacto-BR (entre $\alpha = 0,70$ e $\alpha = 0,78$). Embora o ponto de corte de 0,7 seja mais comum, algumas pesquisas consideram valores entre 0,60 e 0,70 como satisfatórios, principalmente em amostras pequenas ³⁶. Além disso, é possível que haja algo da natureza do construto de avaliação de política ou serviços que esteja relacionado com a confiabilidade um pouco menor que a usual, como mostram os valores de alfa da SATIS-BR e da Impacto-BR.

O Fator 6 apresentou os piores indicadores de consistência interna. Os itens que compõem essa dimensão, que buscam avaliar a participação das famílias no CAPS, não funcionaram bem nesta amostra. É possível que esteja relacionado com a baixa participação destes atores no cotidiano dos serviços. Isso pode ser explicado seja pela baixa oferta de atividades que os contemplem, assim como pela alta demanda dos serviços e falta de recursos para dar conta da atenção integral dos usuários, seja pelo impacto da sobrecarga causada por esse papel de cuidadores. Tal questão corrobora com os achados da literatura ^{8,10}, pois, por um lado, apesar dos profissionais pontuarem a importância da atenção às famílias enquanto estratégia substitutiva, eles ressaltam a dificuldade de articulação com esses atores no cuidado compartilhado dos usuários, como também em abarcá-las e emponderá-las no cotidiano dos serviços. E, por outro lado, os familiares ainda apontam não se sentirem envolvidos no tratamento da forma que gostariam.

Outras três dimensões (resultados; autonomia: capacidade de desenvolver atividades diárias; e equipe: integração, aprendizagem e manejo da crise) apresentam resultados um pouco abaixo do considerado aceitável. Ainda assim, acredita-se que, devido à natureza e complexidade dos constructos avaliados, os valores próximos a 0,70 poderiam ser considerados adequados.

Em geral, todas as dimensões foram avaliadas de forma positiva pelos profissionais. Essa avaliação quanto à qualidade da atenção prestada no CAPS já havia sido referida em estudos anteriores utilizando as escalas ^{37,38}. O fator que obteve a maior pontuação foi o Fator 2. Os dois fatores que apresentaram maiores correlações entre si foram os Fatores 2 e 3 de autonomia. Estes resultados estão em consonância com a literatura nacional ^{10,39,40,41} e internacional ^{1,42}, e com os objetivos da reforma psiquiátrica brasileira ^{24,25,26,27}, que referem que os serviços devem tratar os usuários de forma autônoma nos serviços.

Por outro lado, as médias mais baixas foram nos fatores coordenação com atenção primária e outros serviços da rede de saúde e intersetorialidade e Fator 4. A falta de integração com a atenção primária e com a rede intersetorial são desafios importantes no campo da saúde mental. Pessoas com transtornos mentais enfrentam taxas aumentadas de morbidade em decorrência de condições médicas gerais ⁴³ e maior risco de mortes prematuras ³. Estima-se que pessoas com transtornos mentais graves morrem 8 a 25 anos mais jovens do que a população geral ⁴⁴, o que destaca a importância de uma maior coordenação entre os serviços de saúde mental e atenção primária. Em relação ao fator autonomia e capacidade de desenvolver atividades diárias talvez este seja um importante desafio para os CAPS, já descrito em estudos anteriores ^{9,45,46,47}, principalmente no que tange a além da construção de portas de entradas, pensar rotas de saídas dos serviços, para que o tratamento contribua para o desenvolvimento da autonomia dos usuários.

Cabe destacar, conforme apontado por Onocko-Campos et al. ⁴⁷, que a criação de indicadores para realização de acompanhamento em saúde mental constitui-se em tarefa desafiadora nesta área que não possui tradição em avaliações de caráter quantitativo, quando comparada a outras áreas da saúde. As dificuldades relacionam-se ao caráter ético e político da reforma psiquiátrica e ao estabelecimento de consenso de parâmetros e indicadores com atores de posicionamentos distintos. Além disso, o foco do trabalho em saúde mental é caracterizado por questões subjetivas, que levam em conta o sujeito acompanhado e necessitam ser relativizados e compreendidos singularmente, o que dificulta a tentativa de objetivação e sistematização, em dados numéricos, de ações de diferentes naturezas que são realizadas nos serviços.

Os indicadores utilizados tradicionalmente na clínica psiquiátrica (número de consultas, internações, altas, remissão de sintomas, diagnóstico, entre outros), assim como as escalas disponíveis mostraram-se insuficientes para isoladamente avaliar a qualidade destes serviços, apontando a relevância do desenvolvimento de instrumentos com a finalidade de gerar novos indicadores de avaliação ¹⁶.

Outro aspecto importante é a compreensão de que a avaliação de qualidade neste estudo é compreendida como um processo contínuo, que possibilita a identificação de potencialidades, dificuldades e aspectos que podem ser melhorados no processo de atenção aos usuários no cotidiano dos serviços, a partir da análise dos diferentes atores envolvidos.

Conclusões

A construção de instrumentos que visem avaliar a qualidade e funcionamento dos serviços de saúde mental ainda é um grande desafio devido à complexidade deste campo e à subjetividade que envolve um cuidado que se propõe a considerar a singularidade e integralidade dos sujeitos. Porém é fundamental que se façam esforços na direção do estabelecimento de indicadores e parâmetros que avaliem a qualidade e efetividade dos serviços e possibilitem avaliações sistemáticas para acompanhamento da atenção realizada no cotidiano dos serviços de saúde. Outro aspecto já destacado na literatura é a importância que essas avaliações considerem os diferentes atores sociais (usuários, profissionais e familiares) no processo de atenção e cuidado.

Assim, destaca-se a função do instrumento *Avalia-CAPS* nesse quesito, já que atualmente não possuímos instrumentos que avaliem a qualidade dos serviços e da RAPS. O instrumento e, consequentemente, sua validação têm como vantagem possibilitar o monitoramento dos serviços, assim como a comparação entre os diferentes CAPS disponíveis. Dessa forma, viabilizar a observação do quanto às proposições da política de saúde mental e às diretrizes de cuidados estabelecidas internacionalmente são colocadas em prática por meio de indicadores que representem mais do que os números brutos de atendimentos realizados, leitos disponíveis e internações isoladamente. E assim possibilitar reformulações e melhorias no cuidado, nos serviços e nas políticas de saúde.

Este estudo tem como principal limitação o desenho da amostra, que foi selecionada por conveniência. Além disso, devido às restrições impostas pela pandemia da COVID-19, a coleta de dados necessitou de reformulações, sendo realizada de forma presencial e *online*, o que pode comprometer a capacidade de generalização dos resultados. Por outro lado, é importante destacar que participaram profissionais de diferentes níveis e áreas de formação e das diversas modalidades de CAPS. Nesse sentido, a aplicação do *Avalia-CAPS* com os 38 itens em diferentes localidades e serviços permitirá verificar sua adequação em outras amostras.

Espera-se que, a partir da validação dos instrumentos voltados aos diferentes atores sociais, futuros estudos possam comparar a avaliação dessas categorias de participantes, as semelhanças e divergências dos resultados para uma melhor compreensão do cenário estudado. O *Avalia-CAPS-P* é um instrumento que permitirá avançar na avaliação de qualidade dos CAPS, permitindo identificar em que medida os principais atributos da atenção psicossocial se efetivam no cotidiano dos serviços de saúde mental, identificando potencialidades e fragilidades no processo de efetivação do modelo psicossocial.

Colaboradores

K. B. Rocha e G. L. P. Zanardo concepção e projeto do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; aprovaram a versão final do artigo; e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Kátia Bones Rocha (0000-0001-7603-1709); Gabriela Lemos de Pinho Zanardo (0000-0002-5705-7652).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de produtividade em pesquisa da autora K. B. Rocha e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de doutorado da autora G. L. P. Zanardo.

Referências

1. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Genebra: World Health Organization; 2013.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8.
3. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* 2018; 392:1553-98.
4. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Ruble B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* 2008; 17:30-8.
5. Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesqui Prát Psicossociais* 2008; 3:9-25.
6. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M, Priebe S. Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: a systematic review. *J Psychiatr Res* 2018; 100:33-46.
7. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumer's role. *Qual Health Care* 1992; 1:247-51.
8. Costa PHA, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20:3243-53.
9. Mendes MFM, Rocha CMF. Avaliação em Saúde Mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. *Saúde Redes* 2016; 2:352-9.
10. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde Debate* 2014; 38:368-78.
11. Trapé TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saúde Pública* 2017; 51:19.
12. Bandeira M, Mercier C, Perreault M, Libério MMA, Pitta AMF. Escala Brasileira de Avaliação da Satisfação dos Familiares em Serviços de Saúde Mental: SATIS-BR. *J Bras Psiquiatr* 2002; 51:153-66.
13. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas da OMS de avaliação da satisfação e da sobrecarga em serviços de saúde mental: qualidades psicométricas da versão brasileira. *J Bras Psiquiatr* 1999; 48:233-44.
14. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escala de avaliação da satisfação dos usuários em serviços de saúde mental: SATIS-BR. *J Bras Psiquiatr* 2000; 49:293-300.
15. Bandeira M, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr* 2000; 49:105-15.
16. Pitta AMF, Silva Filho JF, Souza GW, Lancman S, Kinoshita RT, Cavalcante MT, et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. *J Bras Psiquiatr* 1995; 9:441-52.
17. Woodward A, Sheahan K, Martineau T, Sondorp E. Health systems research in fragile and conflict affected states: a qualitative study of associated challenges. *Health Res Policy Syst* 2017; 15:44.
18. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105:998-1003.
19. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção em Saúde, Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

20. D'Avila OP, Pinto LFDS, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:855-65.
21. Rocha KB, Sanz MR, Berra S, Borrell C, Pasarán I. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Aten Primaria* 2021; 53:3-11.
22. Amaddeo F, Becker T, Fioritti A, Burti L, Tansella M. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G, editors. *Mental health policy and practice across the future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press; 2007. p. 235-49.
23. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185:283-90.
24. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
25. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev.
26. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
27. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2017; 23 dez.
28. Ferreira GS. Análise dos pressupostos do modelo de atenção psicossocial no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2020.
29. Zanardo GLP. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da perspectiva de profissionais [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2021.
30. Machado PF. "Avalia CAPS": a construção e a validação de um instrumento de avaliação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – versão usuários [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2020.
31. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2003.
32. Dempster A, Laird N, Rubin D. Maximum Likelihood from incomplete data via the EM algorithm. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1997; 39:1-38.
33. Rosseel Y. Lavaan: an R package for structural equation modeling. *J Stat Softw* 2012; 48:1-36.
34. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6th Ed. New Jersey: Pearson Education; 2014.
35. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol Serv Saúde* 2017; 26:649-59.
36. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. 2nd Ed. New York: The Guilford Press; 2015.
37. Pelisoli C, Moreira AK, Kristensen CH. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. *Mental* 2007; 5:63-78.
38. Oliveira JF, Santos AMD, Primo LS, Silva MRS, Domingues ES, Moreira FP, et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:2593-9.
39. Onocko-Campos RT, Campos GDS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GDS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 669-88.
40. Kantorski LP, Jardim VDR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:29-35.
41. Kammer KP, Moro LM, Rocha, KB. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. *Rev Psicol Polít* 2020; 20:36-50.
42. World Health Organization. *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: World Health Organization; 2021.
43. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017; 16:30-40.
44. Pande MNR, Amarante PDDC. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:2067-76.
45. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider J, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:2133-43.
46. Emerich BF, Campos RO, Passos E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface (Botucatu)* 2014; 18:685-96.
47. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, Emerich BF, Surjus LTDLS. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. *Saúde Debate* 2017; 41(n.spe):71-83.

Abstract

The Assess-CAPS-P instrument aims to assess how the main attributes of psychosocial care are shaped in daily practices in Brazil's Centers for Psychosocial Care (CAPS), with different versions for users, healthcare professionals, and family members. This study analyzed the psychometric characteristics of Assess-CAPS for professionals, drawing on the participation of 195 professionals from CAPS. Confirmatory factor analysis (CFA) was performed for Assess-CAPS-P, testing two factorial structure models – single-factored and eight-factored –, beside convergence analysis with the instrument SATIS-BR (Patients' Satisfaction with Mental Health Services Scale). CFA indicated the models' satisfactory results, with the eight-factor theoretical model used for the subsequent analyses and discussions, presenting the following goodness-of-fit parameters: $\chi^2 = 765.51$, $\chi^2/gf = 1.20$, $p = 0.001$, CFI = 0.93, TLI = 0.92, RMSEA = 0.03 (0.02-0.04), and factor loads of the items with values ranging between 0.76 and 0.33. Correlations between factors were mostly moderate (varying between $\rho = 0.38$ and $\rho = 0.71$), and convergent validity showed that the dimensions of Assess-CAPS-P correlate significantly and moderately with the global assessment and with all the SATIS-BR dimensions. Assess-CAPS-P presents adequate reliability and validity and highlights the importance of an instrument that proposes to assess the quality of CAPS, establishing indicators and parameters that allow systematic assessments via different social actors, complementing the assessment of satisfaction with the instruments already proposed.

Mental Health Services; Health Services Research; Evaluation of Research Programs and Tools

Resumen

El instrumento Evalúa-CAPS-P tiene como objetivo evaluar cómo los principales atributos de la atención psicosocial se configuran en prácticas en el día a día de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), poseyendo versiones para usuarios, profesionales y familiares. Este estudio analizó las características psicométricas del Evalúa-CAPS para profesionales, contando con la participación de 195 profesionales de CAPS. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) del Evalúa-CAPS-P, testando dos modelos de estructura factorial – unifactorial y con ocho factores –, y el análisis de convergencia con el instrumento SATIS-BR (Escala de Satisfacción de los Pacientes con los Servicios de Salud Mental). El AFC apuntó resultados satisfactorios de los modelos, siendo el modelo teórico de ocho factores utilizado para los análisis y discusiones subsiguientes, presentando los índices de ajustes $\chi^2 = 765,51$, $\chi^2/gf = 1,20$, $p = 0,001$, CFI = 0,93, TLI = 0,92, RMSEA = 0,03 (0,02-0,04), y cargas factoriales de los ítems con valores oscilando entre 0,76 y 0,33. La mayoría de las correlaciones entre los factores fue moderada (variando entre $\rho = 0,38$ y $\rho = 0,71$) y la validez convergente mostró que las dimensiones del Evalúa-CAPS-P se correlacionan significativamente y moderadamente con la evaluación global y con todas las dimensiones SATIS-BR. El Evalúa-CAPS presenta indicadores adecuados de fiabilidad, validez, y se destaca la importancia de poner a disposición un instrumento que se propone evaluar la calidad de los CAPS, estableciendo indicadores y parámetros que posibiliten evaluaciones sistemáticas, mediante los diferentes actores sociales, complementando la evaluación de la satisfacción de los instrumentos ya propuestos.

Servicios de Salud Mental; Investigación sobre Servicios de Salud; Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación

Recebido em 11/Jun/2021

Versão final reapresentada em 14/Out/2021

Aprovado em 16/Nov/2021