UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

ACESSO UNIVERSAL AO CUIDADO COMO EIXO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSTRUÇÃO DE REFERÊNCIAS PARA O ESTUDO DA PRODUÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Renata Weber Gonçalves

RIO DE JANEIRO
2015

Renata Weber Gonçalves

ACESSO UNIVERSAL AO CUIDADO COMO EIXO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSTRUÇÃO DE REFERÊNCIAS PARA O ESTUDO DA PRODUÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental.

Orientador: Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado

Rio de Janeiro
2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Gonçalves, Renata Weber.

Acesso universal ao cuidado como eixo do processo de avaliação na reforma psiquiátrica: construção de referências para o estudo da produção dos Centros de Atenção Psicossocial/ Renata Weber Gonçalves. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.

xii, 175 f. Inclui anexo.

Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria, 2015.

Orientador: Pedro Gabriel Godinho Delgado.

1.Política de Saúde Mental. 2. Acessibilidade. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 1. Título. II. Delgado, Pedro Gabriel Godinho. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria.

FOLHA DE APROVAÇÃO
Renata Weber Gonçalves

ACESSO UNIVERSAL AO CUIDADO COMO EIXO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONSTRUÇÃO DE REFERÊNCIAS PARA O ESTUDO DA PRODUÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

.....
Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado – Orientador – Presidente

.....
Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – Examinadora

.....
Prof. Dra. Rosana Onocko Campos – Examinadora

.....
Prof. Dra. Maria Tavares Cavalcanti – Examinadora

.....
Prof. Dr. Octavio Domont de Serpa Jr. – Examinador

.....
Prof. Dra. Maria Cristina Ventura Couto – Examinadora/Suplente

.....
Prof. Dra. Lilian Miranda - Examinadora/Suplente

AGRADECIMENTOS

A toda a equipe do NUPPSAM, em especial à Cristina Ventura pela amizade e apoio constantes;

À Daniela Cabral Gontijo, minha nova irmã;

À minha família, aos meus parceiros e amigos;

Ao Wilson Bebel, pela comida caseira, quente e providencial que me confortou sempre;

Ao meu orientador, Pedro Gabriel Delgado, a quem sempre irei pedir socorro, mesmo que seja em pensamento ("O que o Pedro faria?"), sempre que estiver diante de um nó no campo da saúde pública;

Ao professor Ronir Raggio Luiz, por me lembrar do amor que devemos ter pela incerteza que rodeia os nossos dados;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sem a qual esta pesquisa não seria possível.

RESUMO

A igualdade na saúde é fator determinante para o desenvolvimento dos países. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem no acesso universal à atenção à saúde, uma de suas dimensões fundamentais, tornando a acessibilidade um parâmetro obrigatório nos processos avaliativos de serviços de saúde. Esta tese discute, a partir do eixo da acessibilidade, referências para a leitura e interpretação de dados colhidos mensalmente pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – essencialmente, o número de pessoas atendidas no serviço (sua produção). Dados primários de 214 CAPS da região sudeste, colhidos através de parâmetros avaliativos construídos participativamente, permitiram a elaboração de quadros de referência com a produção de serviços que apresentaram, de forma associada, tanto boa produção quanto boa qualidade de atendimento (aferida através de um escore de qualidade). Dados secundários, por sua vez, permitiram a formulação de hipóteses sobre a demanda direta para os CAPS – o número de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que necessitam de atenção diária. Esses dois quadros de referência devem permitir, ainda que com várias limitações, a serem testadas, uma aproximação do problema da avaliação da acessibilidade nos CAPS: os CAPS atendem hoje a quem deles necessitam? No cenário do SUS, onde coexistem mais de uma centena de sistemas de informação, trabalhar com dados produzidos mensalmente pelos serviços por força da gestão sanitária pode ser uma vantagem para os processos de avaliação.

ABSTRACT

Health equity is a defining factor in the development of countries. The brazilian Unified Health System (SUS) has universal access to health care as one of its fundamental dimensions, making accessibility a mandatory parameter in the evaluation of health services. This thesis discusses, from the perspective of accessibility, references to help understand and interpret data collected every month by the Psychosocial Care Centers (CAPS) - essentially, the number of people attending the service (its production). Primary data, collected in 214 CAPS from the southeast of Brazil, were the source for the creation of a collection of production references given by CAPS that presented both good production and good practice (measured through a quality score). Secondary data led to the formulation of hypotheses about the direct demand for these Centers - the number of people with severe and persistent mental disorders that need these services on a daily basis. These two references should allow, with several limitations to be further evaluated, an approach to the problem of accessibility: Psychosocial Care Centers are helping people that need them? In the SUS scenario, where more than a hundred information systems coexist, to work with the data already produced every month by the services - even for health management purposes - can be an advantage to the evaluation processes.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – CAPS respondentes por estado … 74

Tabela 2 – CAPS respondentes por território de pesquisa … 75

Tabela 3 – CAPS respondentes por tipo de serviço … 75

Tabela 4 – Serviço residencial por estado … 98

Tabela 5 – Participação da família no cuidado do usuário em crise, por estado … 99

Tabela 6 – Avaliação de experiência setorial dos CAPS por estado … 100

Tabela 7 – Periodicidade das reuniões com profissionais da Atenção Básica por estado … 100

Tabela 8 – Presença da atividade de supervisão clínico institucional por estado … 101

Tabela 9 – Ações realizadas pela gestão local do SUS e/ou do CAPS para capacitação dos profissionais, por estado … 102

Tabela 10– CAPS como campo de investigação, por estado … 104

Tabela 11 – Produção do serviços (número de usuários matriculados, número de usuários em atendimento não intensivo, semi-intensivo e intensivo) por estado … 105

Tabela 12 – Produção dos serviços (número de usuários novos, número de encaminhamentos, número de usuários com histórico de longas internações) por estado … 106

Tabela 13 – Número das reuniões de família realizadas, por estado … 106

Tabela 14 – Experiência do CAPS em relação às internações e reinternações psiquiátricas, por estado … 107

Tabela 15 – Experiência do CAPS em relação aos pacientes com história de muitas internações,

por estado … 107

Tabela 16 – Avaliação do papel do CAPS em relação aos familiares, por estado … 108

Tabela 17 – Avaliação da efetividade do serviço, por estado … 108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Uma proposta para definir, contar e desenhar as necessidades dos doentes mentais severos a partir de proporções populacionais (adultos)... 28

Quadro 2 – Territórios da pesquisa …. 59

Quadro 3 – Eixos organizadores das oficinas de construção de consensos … 63

Quadro 4 – O modelo de matriz de Tansella e Thornicroft com exemplos de questões chave para cada célula...79

Quadro 5 – Quadro de referência da Estratégia 1 – Produção de *bons* CAPS por tipo de serviço … 112

Quadro 6- Quadro de referência da Estratégia 1 – Percentagem de usuários por regime de atendimento e tipo de CAPS, entre os *bons* CAPS … 113

Quadro 7 - Quadro de referência da Estratégia 2 – Elementos para o estudo da demanda direta para os CAPS...114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cobertura em saúde mental a partir do indicador CAPS/100.00 habitantes:
anos de 2002 e 2014 … 34

Figura 2 – Indicador CAPS/100.000 habitantes. Agosto de 2011. Rio de Janeiro, Espírito Santo
e Minas Gerais … 58

Figura 3 – Mapa dos quatro perfis territoriais … 61

Figura 4 – Ocupação, no ano 2000, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de
Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no
ano 2000 … 92

Figura 5 – Ocupação, no ano 2006, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de
Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no
ano de 2006...92

Figura 6 – Ocupação, no ano 2012, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de Minas
Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no ano de
2012 … 93

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

AVAI – Anos de vida ajustados por Incapacidade

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CIDI - *Composite International Diagnostic Interview*

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

DMP - Doenças Mentais Persistentes

DMS - Doenças Mentais Severas

ECA - *Epidemiological Catchment Area*

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPUB – Instituto de Psiquiatria

MS – Ministério da Saúde

NHS – *Nacional Health System*

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF – Programa de Saúde da Família

PTI – Projeto Terapêutico Individual

QMPA - Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMSP – Transtornos Mentais Severos e Persistentes

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

Apresentação... 1

Capítulo 1 - O problema geral da Igualdade e do acesso aos serviços de saúde... 6

A igualdade na saúde e a justiça social... 7

O direito à saúde e a imagem do Estado Providência... 11

A categoria de acesso no campo da saúde... 16

O caso específico do acesso e das barreiras ao acesso no campo da saúde mental... 19

Acesso e prevalência dos transtornos mentais – o problema da demanda para o sistema de saúde... 24

O esforço de aumento do acesso às ações de saúde mental no Brasil... 30

Capítulo 2 – Breve panorama sobre as avaliações de CAPS no Brasil... 36

As avaliações de CAPS no Brasil – estado da arte... 37

Notas sobre as imagens guia dos CAPS... 44

O dilema da escolha dos indicadores de avaliação dos CAPS... 48

Capítulo 3 – Percursos Metodológicos... 55

O percurso metodológico da pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede... 55

O percurso metodológico de construção da tese - tomando a produção como expressão do acesso... 76

Capítulo 4 – Discussão dos Resultados... 91

O cenário geral dos CAPS de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro... 91

Os quadros de referência para a interpretação dos dados de produção dos CAPS... 110

À guisa de Conclusão... 124

Referências Bibliográficas... 133

Apresentação

Não existem pesquisadores inocentes. Para apresentarmos o objeto de uma investigação é preciso, portanto, procurarmos entender, logo de partida, quais movimentos marcam o processo de construção desse objeto. Para lidarmos com os efeitos que os atos e processos de construção do objeto provocam é necessário explicitá-los, nos diz Bourdieu (2007). A tarefa não é simples e tende à incompletude – por isso é fundamental que nos dediquemos a ela em todos os capítulos deste trabalho. Aqui, com um breve relato da minha trajetória no campo da reforma psiquiátrica brasileira procuro revelar o caldo de cultura que constrói objeto, filiações, pressupostos e objetivos dessa investigação. Espera-se, com este esforço, oferecer uma chave para a interpretação dos dados e propostas que virão a seguir.

Sou formada pela Universidade de Brasília em psicologia, com mestrado em antropologia social[1]. O que marca mais profundamente a minha história recente, no entanto, é ter feito parte da equipe que, entre os anos 2000 e 2010, trabalhou, a partir do Ministério da Saúde, pela reorientação da Política Nacional de Atenção à Saúde Mental no Brasil, no contexto do que se convencionou chamar de reforma psiquiátrica brasileira[2]. Tendo diversos atores, o processo de reforma caracterizou-se, no nível federal, na última década, pela forte indução pelo estado de um modelo de assistência comunitário territorial em substituição ao modelo hospitalar de prestação de cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. São marcos legais recentes deste processo as leis 10.216/01 e 10.708/03.

Neste período, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados estratégicos pela Política Nacional de Atenção à Saúde Mental para a consolidação do novo modelo de assistência no país, expandiram-se por todo território nacional, especialmente ao longo da década de noventa e dos

1 No qual tive a chance de produzir a dissertação "A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil".

2 Processo histórico, de pouco mais de trinta anos, que se inicia na conjuntura de redemocratização do país e que formula de modo crítico e prático questionamentos para a transformação do modelo clássico psiquiátrico, tendo como marca distintiva fundamental o reclame da cidadania do louco (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1995; CAVALCANTI, 2008; PITTA, 2011). Nas palavras de Delgado (1992): "... processo político e social que implica simultaneamente forças e instituições sociais de origem diversa, incidindo sobre territórios heterogêneos, como as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o mercado de serviços de saúde, as corporações profissionais, neoformações corporativas – como grupos de famílias e de pacientes -, governos municipais, estaduais, federal, partidos políticos e outras." (DELGADO 1992, p. 44)

anos dois mil. Estas novas experiências ganharam visibilidade tanto por envolver novas práticas sociais no cuidado ao usuário dos serviços, não excluindo estes sujeitos do convívio social, quanto por fazer parte de uma política de estado no âmbito da saúde pública, num momento em que ainda se agencia nos níveis federal, estadual e municipal a transição entre os dois modelos de assistência e em que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta sérios problemas de financiamento (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA & MACINKO, 2011).

Como pesquisadora, trago na bagagem dez anos de trabalho e de observação privilegiada dos avanços, impasses e desafios vividos pela gestão federal da política de saúde mental brasileira. Ter feito parte deste processo dinâmico, árduo, contraditório e recompensador no âmbito da gestão federal e no campo da saúde pública, é fato que orienta minhas práticas e perguntas de pesquisa. Não é por acaso que os tema do acesso à saúde e da equidade, preocupações guia desta investigação, relacionem-se diretamente às diretrizes do SUS, à reforma sanitária, aos movimentos de direitos humanos e à reforma psiquiátrica brasileira. Estes últimos são processos aos quais me relaciono diretamente.

Entre 2000 e 2010, cerca de 1400 novos CAPS foram implantados em todas as regiões do país (BRASIL,2011a; BRASIL, 2011b). A emergência dessas novas práticas sociais no cuidado em saúde mental não foi acompanhada pelo desenvolvimento, em proporção significativa, de estudos avaliativos sobre a qualidade e efetividade desses serviços. O processo de implantação dos CAPS é veloz, mas ainda se estruturam no país processos avaliativos que possam fazer parte dos processos de trabalho das equipes e que possam induzir políticas locais. Este trabalho coloca-se nesse contexto: a urgência da discussão da qualidade da atenção nos CAPS num momento em que temos um novo cenário na atenção às pessoas com transtornos mentais no Brasil (pós-expansão dos serviços comunitários), mas onde existem poucos dados objetivos a apresentar sobre a efetividade destes serviços.

Esta investigação pretende contribuir para este debate discutindo indicadores e parâmetros para a interpretação de dados objetivos de produção dos Centros de Atenção Psicossocial (dados de natureza numérica), tendo como referência para a avaliação uma dimensão-chave para a justiça social, para o SUS, seus gestores e suas equipes: o acesso universal ao cuidado.

Ressalte-se que na minha trajetória profissional eu nunca escolhi, propriamente, trabalhar com números. Sou como quase todos os que se formaram no campo das humanidades. Eu também penso

que é na palavra que está o enigma. Os números me escolheram, no entanto, nos últimos anos. Por razões práticas, nos últimos dez anos, sempre fui convocada a estar com eles, tendo sido responsável por organizar boa parte da produção de dados sobre a rede de atenção à saúde mental a partir da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Trabalhar com números nesse contexto – dados numéricos de produção dos CAPS[3] - apresenta um duplo desafio. O primeiro é dar ao número bruto, dado com a aparência típica dos resultados das coletas das ciências naturais, alguma leitura a partir das ciências sociais ou das humanidades. Isto não é raro e está estabelecido: é a compreensão ontológica de que as realidades são múltiplas e socialmente construídas que nos coloca no âmbito das ciências sociais e não o tipo de dado colhido. Variados tipos de pesquisas avaliativas no campo da Saúde Mental e da Saúde Coletiva processam dados numéricos. A produção dos serviços, no entanto, raramente é desenvolvida nesses estudos. Por serem tradicionalmente relevantes para avaliações orientadas pelo cumprimento de metas, os números de produção do serviço parecem pertencer a uma lógica diversa e incompatível com processos avaliativos mais abrangentes. Mesmo quando se investiga a produção do serviço (com suas perguntas do tipo "quantos"?), esses resultados – que devem ser produzidos e registrados regularmente, em tese, em função de exigências epidemiológicas e sanitárias – raramente são interpretados nas avaliações, pela falta de parâmetros compatíveis com uma visada mais ampla. É como se esses números de produção, entre todos os números que o CAPS pode produzir, carregassem definitivamente o estigma que ainda tem o dado *quanti* para o campo das humanidades, podendo ser considerados ou incompreensíveis ou irrelevantes. Um primeiro desafio desta tese é, portanto, absorver a produção dos CAPS como dado relevante para uma avaliação abrangente e participativa dos serviços. O primeiro desafio, portanto, é fazer o número falar para o campo das humanidades.

O segundo desafio, que se relaciona ao primeiro, situa-se na discussão da transição dos modelos de atenção à saúde mental, no âmbito da saúde pública. Trata-se de considerar números típicos do modelo ambulatorial (número de usuários, capacidade de atendimento), característicos do circuito emergência-internação-consultório, a partir de outra lógica, a lógica territorial. Na lógica territorial importa menos que o CAPS defina ou informe sua capacidade de atendimento e mais que ele seja o serviço territorial de referência para a população de um bairro (DELGADO,1999). Nesse sentido, manipular números de produção parece trazer consigo certo anacronismo. Este desconforto não

3 Essencialmente o *output* dos CAPS (como o número de usuários em atendimento, o número de visitas domiciliares realizadas, o número de usuários encaminhados, etc.), considerados como parte dos resultados do serviço, reflexos dos efeitos dos insumos do cuidado (FORMIGLI & SILVA, 1994).

deve significar, no entanto, tornar irrelevantes dados que são, afinal, de fácil produção em escala num país com dimensões continentais. Este então o segundo desafio desta tese: fazer com que os dados de produção falem a partir de um quadro de leitura com lógica territorial, do qual a dimensão do acesso universal é um eixo. O segundo desafio se coloca: fazer o número falar para o campo da atenção psicossocial.

Ao abraçar esses desafios percebo que me situo numa posição rara: a de produzir, através de matemática e estatística elementares, informações que o campo atual da saúde mental pública, por suas características, tende a não produzir. Neste ponto, nossa expectativa: se esta tese for útil a quaisquer gestores e equipes do campo da saúde mental pública, se as referências que iremos apresentar puderem orientar, mesmo que provisoriamente, gestores e equipes a melhorar as condições de acessibilidade aos CAPS em seu território, teremos cumprido uma importante meta. Nesse sentido pensamos estar fazendo esforços semelhantes aos de todos que se engajam nos processos de "transferência de conhecimento" (*knowledge transfer)*, isto é, em ações de troca, de síntese e de aplicação ética do conhecimento para acelerar a melhora do sistema de saúde, subsidiando a implementação de políticas públicas (GOERING & WADELL, 2010).

São nossos objetivos:

1) construir quadros gerais de referência para a discussão da dimensão do acesso aos Centros de Atenção Psicossocial a partir dos dados de produção dos serviços (variáveis numéricas).

2) oferecer uma chave de leitura e interpretação da produção dos serviços para gestores e equipes dos serviços.

Para cumprir esses objetivos, apresentaremos, no primeiro capítulo, a discussão do eixo que atravessará toda a investigação: o problema geral da igualdade e do acesso aos serviços de saúde. Aqui, estabeleceremos a dimensão do acesso universal como uma das dimensões-chave para a avaliação de Centros de Atenção Psicossocial, dada a sua importância estratégica para a obtenção de igualdade e justiça social, especialmente em países em desenvolvimento. Neste capítulo, o problema das barreiras de acesso à atenção à saúde mental será apresentado. Ainda que o cenário seja de expansão do acesso e aumento do número de serviços especializados no Brasil, há que se reconhecer uma lacuna entre as pessoas que necessitam de tratamento e as pessoas que são efetivamente tratadas.

No capítulo 2 apresentaremos o panorama geral dos processos de avaliação de CAPS: onde são realizados, quais as suas preocupações, quais os indicadores avaliativos mais presentes, quais os desafios. Muito embora os processos de avaliação sejam potentes, a polissemia do campo e a grande variação nas abordagens e modos de construção de indicadores podem estar contornando questões cruciais sobre o acesso. Nota-se que hoje não há modo claro de estabelecermos, nas avaliações de CAPS, se os CAPS estão atendendo em seu cotidiano a quem necessita de atendimento em seu território.

O capítulo 3, por sua vez, descreverá os percursos metodológicos percorridos para cumprimos nossos objetivos - construir referências úteis para a compreensão dos números de produção dos CAPS, estes últimos tomados como expressões da acessibilidade aos serviços. O primeiro percurso, fruto da pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*, é aquele que nos oferecerá dados primários sobre a produção de 214 CAPS da região sudeste. O segundo, específico desta tese, estabelecerá as estratégias (a primeira, um estudo dos dados de CAPS reais; a segunda, um ensaio sobre a demanda dirigida aos CAPS), para construirmos referências para a leitura dos dados colhidos. As perguntas de fundo aqui são: os CAPS do Sudeste estão atendendo as pessoas com transtornos mentais que deles necessitam? Qual a produção dos CAPS com boa qualidade assistencial? Qual a demanda direta para esses serviços no território? As limitações das metodologias adotadas nos indicarão até que ponto poderemos respondê-las.

Finalmente, o capítulo 4 apresentará os quadros de referência encontrados para nos aproximarmos da produção mensal dos serviços. Tentaremos ali construir chaves para a leitura dos nossos achados para cada tipo de CAPS, na esperança de que a discussão sobre a acessibilidade caia no gosto do gestor e que ele possa testar nossas referências e utilizar os dados que são produzidos, por força do cotidiano da responsabilidade sanitária, todos os meses. À guisa de conclusão, tentaremos, no último momento desta tese, avaliar o ponto em que chegamos, na certeza de que ainda há muito ainda por fazer para apreender as condições de acessibilidade dos CAPS no território.

Este estudo, apoiado através da concessão de bolsa de doutorado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foi realizado no âmbito do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), sediado no Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Capítulo 1

O problema geral da igualdade e do acesso aos serviços de saúde

Todas as teorias de justiça no mundo atual valorizam algum tipo de igualdade. Ainda que tenham prioridades diferentes, todas as teorias sobre justiça considerarão como central a questão da igualdade em algum aspecto, seja de direitos políticos, de liberdade, de renda, de direito à propriedade, de direito à saúde. A noção de igualdade é insuficiente para entendermos os interesses de uma teoria sobre a igualdade, nota Amartya Sen (SEN & KLIKSBERG, 2010). O acesso aos valores das teorias se dará apenas se a elas perguntarmos: "igualdade do quê?", "equidade de que forma?"

Igualdade e equidade são conceitos distintos. A noção de igualdade, discutida no âmbito da preocupação com a cidadania plena e com o ideal da universalidade de distribuição de direitos, tende a diluir as diferenças entre os grupos de cidadãos. Todos os cidadãos devem ser iguais. A noção de equidade, por sua vez, contemporânea do desenvolvimento da chamada terceira geração de direitos, tende a valorizar as diferenças dentro do espaço mesmo da cidadania. Os arranjos sociais criam diferenças que prejudicam grupos menos favorecidos e buscar equidade é compreender e agir diante dessas diferenças. Para Sposati (1999), a noção de igualdade se completa com a noção de equidade - um padrão universal só faz sentido se comportar o direito à diferença, não devendo ser homogêneo, mas equânime.

É relativamente recente a utilização da noção de equidade como orientadora do Sistema Único de Saúde (SUS). A expressão não aparece na Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (a não ser como equidade de acesso) e também não está anunciada em lei. Vários autores trabalham, ao tratar de acesso, com as duas noções discriminadas; outros partem do princípio de que o problema geral da igualdade contém necessariamente o problema da equidade. Ao discutirmos a questão do acesso, na próximas linhas, reproduziremos as noções escolhidas pelos autores ou textos citados. De toda forma, esperamos poder contar com a tendência contemporânea de leitura do termos para uma melhor compreensão do problema do acesso. Ao nos depararmos com o problema da igualdade devemos supor que ele traz em si o problema da equidade; ao nos depararmos com o problema da equidade devemos supor que ele traz em si o ideal de cidadania para todos.

A igualdade na saúde e a justiça social

A constituição brasileira de 1988, ao afirmar que "saúde é um direito de todos e dever do estado", em seu artigo 196, esclarece parte dos termos do debate sobre a justiça social no Brasil. Saúde para todos é um dos bens a ser alcançado, e este direito deve ser garantido por políticas públicas sociais e econômicas que visem, além da redução dos agravos, o acesso universal e igualitário a ações e serviços. A lei 8.080/90, norma que regula em todo o território brasileiro as ações e serviços de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), elege como princípios e diretrizes das ações e serviços, a "universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência" e "a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie", entre outros. O acesso universal e igualitário apresenta-se, assim, nos principais textos normativos do SUS, como fator principal para a garantia do direito à saúde.

Ao definir a igualdade de assistência à saúde como bem a ser alcançado, o texto brasileiro acerta em cheio numa variável decisiva para a questão geral da igualdade e da justiça social. Investir em saúde pública é peça-chave para o ataque às desigualdades em geral no mundo e na América Latina, apontam diversos estudos do início dos anos 2000 de agência globais e latino-americanas (OMS, 2002; CEPAL, IPEA E PNUD, 2004; PNUD, 2004; BANCO MUNDIAL, 2004). Tais análises convergem na avaliação de que taxas de crescimento econômico significativas, na história recente do mundo ocidental, não significaram melhores resultados na saúde ou equidade de forma geral. O crescimento do Produto Interno Bruto (PIB)[4] ou da Renda per capita[5] não promovem automaticamente nem equidade, nem equidade em saúde. A ideia de que avanços em indicadores econômicos trariam naturalmente avanços nos indicadores de saúde demonstrou-se simplesmente equivocada ao longo dos anos. Mais do que isto, as desigualdades em saúde demonstraram ser um entrave ao desenvolvimento.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), em seu relatório de Macroeconomia e Saúde, sustenta que a má saúde não somente enfraquece o desenvolvimento econômico, mas todos os esforços para reduzir a pobreza. O desenvolvimento econômico exige investimentos em saúde, devendo ser a saúde um componente vital das estratégias nacionais de

4 Indicador macroeconômico que representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região durante um período determinado. É um dos indicadores mais utilizados com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região.

5 Indicador macroeconômico que representa a renda média da população.

desenvolvimento. Por esta razão, neste documento, a OMS recomendou que os países tivessem como objetivo aumentar o orçamento nacional destinado à saúde em mais 1% do seu PIB até 2007, passando para 2% até 2015.

Segundo a Comissão da OMS (2003), maiores investimentos em saúde poderiam traduzir-se em centenas de milhares de dólares por ano de renda suplementar que poderiam melhorar as condições de vida e a infraestrutura social nos países mais pobres. Promover a igualdade em saúde e melhorar a esperança de vida das pessoas mais desfavorecidas deve ser um fim em si e um objetivo fundamental do desenvolvimento econômico dos países, sustenta a Comissão. Não por acaso três dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos em 2000, são do campo da saúde.[6]

Esta convergência de opiniões é relevante pelo relativo consenso sobre a legitimidade dos gastos com a saúde, entre modelos de desenvolvimento divergentes, nos explica Klisksberg (2010). O pensamento econômico que prevaleceu nas últimas décadas, que desvalorizava as políticas sociais e tendia a compreender os avanços na saúde como uma consequência do desenvolvimento econômico, agora soma-se a uma corrente, que inclui o Banco Mundial, que compreende o investimento na saúde como alavanca para o desenvolvimento econômico. O investimento na saúde é importante, portanto, neste ponto, para estados com diferentes configurações e modelos de desenvolvimento.[7]

Amartya Sen, prêmio Nobel em economia e um dos desenvolvedores do Índice de Desenvolvimento Humano, também defende o investimento na saúde como fator para o desenvolvimento (SEN & KLIKSBERG, 2010). Num esforço de rearticular a economia à ética, Sen demonstra a importância da reorientação da noção de pobreza a partir da ideia de *equidade em saúde.* A noção de pobreza deve evocar baixa renda, mas deve fazer ver sobretudo vidas diminuídas em suas capacidades, existências miseráveis e mortes antes da hora. O fato de tantas pessoas viverem vidas na miséria, não realizarem suas capacidades e morrerem prematuramente relaciona-

6 São objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 1- Redução da pobreza; 2 - Atingir o ensino básico universal; 3- Igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; 4- Reduzir a mortalidade na infância; 5- Melhorar a saúde materna; 6-Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7- Garantir sustentabilidade ambiental; 8- Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

7 Kliksberg (2010) relata que uma das experiências mais bem sucedidas do mundo em matéria de apoio a agricultores pobres através de microcrédito (criada pelo prêmio Nobel Mohamad Tunus e aplicada no mundo todo, inclusive na América Latina), depois de 10 anos de implantação ainda tinha beneficiários vivendo na pobreza. Estudos mostraram que a causa comum era a doença de um membro da família. Na ausência de proteção da saúde, as famílias necessitavam vender seus bens para arcar com os custos da assistência.

se, certamente, nos diz Sen, à baixa renda, mas também relaciona-se de forma decisiva ao desinvestimento em saúde pública, às deficiências de previdência social e à ausência de responsabilidade social. A saúde como conceito amplo, porque resulta de inúmeros fatores, inclusive os econômicos, torna-se também para Sen uma variável chave para pensarmos a equidade no mundo:

> *"... a saúde está entre as mais importantes condições da vida humana e é um constituinte criticamente significativo das capacidades humanas que temos razões para valorizar. Qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa e também de uma exploração eficiente das capacidades humanas não pode ignorar o papel da saúde na vida humana e as oportunidades de as pessoas obterem uma vida saudável, sem doenças e sofrimentos evitáveis ou mortalidade prematura. Equidade na realização e na distribuição da saúde, portanto, está incorporada e embutida em uma ampla noção de justiça". (*SEN & KLIKSBERG, p.76)

É preciso que reconheçamos, neste sentido, que nossas liberdades e capacidades dependem das nossas *realizações na saúde*, isto é, das oportunidades que os arranjos sociais, genéticos, e econômicos, entre outros fatores, nos dão de obter boa saúde. Para Sen, por esta razão, as ideias gerais de justiça social e equidade são insuficientes. É preciso capturar a especificidade da *equidade na saúde*, inserida na estrutura mais ampla da equidade em geral, para que se possa pensar operativamente nas próprias noções de igualdade e justiça social, afinal,

> *"Saúde e sobrevivência são centrais na compreensão não apenas da qualidade de vida de alguém, mas também da capacidade desse alguém de fazer o que acha que deve ou deseja fazer".* (SEN & KLIKSBERG, p.86)

O que podemos fazer e ser é o que orienta esta perspectiva, chamada por Sen de *perspectiva da capacidade*. É a qualidade de vida e não somente a noção genérica de pobreza, compreendida como renda pessoal, ou a distribuição de serviços de saúde, que será central para pensarmos equidade em saúde. Renda pessoal é apenas um dos fatores que condicionariam a realização de nossas capacidades e nossas liberdades, assim como a distribuição de serviços é apenas um dos fatores para a realização de saúde.

Sendo assim, a equidade na saúde deve ser tomada como um conceito multidimensional. Inclui a avaliação de desigualdades na saúde, mas não pode ser julgada somente a partir desta última[8]. A demanda por equidade na saúde deve exigir boa distribuição do atendimento em saúde, mas isto será insuficiente, se as pessoas, por causa de arranjos sociais inadequados, não conseguirem uma boa realização em saúde. Para além disso, a demanda por equidade em saúde deve preocupar-se em interferir nos processos que articulam arranjos sociais, atendimento em saúde, e igualdade em saúde. Em suma,

> *"... a equidade na saúde não pode apenas se preocupar ou com a igualdade na saúde ou com o atendimento em saúde, e deve levar em conta a maneira como a alocação de recursos e os arranjos sociais ligam a saúde a outros aspectos da organização da sociedade"*.(SEN & KLIKSBER,G p.79)

Se assim é, uma política de saúde que busque alcançar equidade em saúde deverá reconhecer uma grande variedade de fatores, para além dos sociais e econômicos que influenciam o estado de saúde de uma pessoa. Deverá reconhecer portanto, predisposições individuais, riscos epidemiológicos, e arranjos sociais. Este tema está presente na agenda mais atual da Organização Mundial de Saúde, através do debate dos Determinantes Sociais em Saúde (ALLEN, BALFOUR, BELL & MARMORT, 2013).

8 Sen dá dois exemplos onde concentrar-se apenas nas desigualdades em saúde pode gerar equívocos. No primeiro exemplo, aponta para uma desigualdade de gênero. As mulheres, em grande parte do mundo Ocidental, têm melhores chances de sobrevivência e longevidade. Seria inaceitável moralmente piorar o atendimento em saúde das mulheres para que esta desigualdade em relação aos homens, pensada em termos de longevidade, fosse reduzida. A noção de justiça, na qual se embute a noção de equidade em saúde, exige que nenhum grupo seja discriminado na realização de saúde. No segundo exemplo, Sen aponta para uma desigualdade existente entre duas pessoas, que tendo uma mesma predisposição em saúde e uma mesma doença grave, sofrem diferentemente, já que uma delas é rica, e pode pagar por um tratamento, e a outra é pobre, não podendo fazê-lo. Se por acaso priorizarmos a redução de desigualdades em saúde aqui, retirando a possibilidade da pessoa rica de comprar a cura de sua doença, certamente reduzimos desigualdades, mas não aumentamos a equidade, já que ninguém, nem pobre, nem rico, melhora, e ao menos um deles, o rico, piora.

Uma tal política precisará distinguir também a *igualdade em realizações da saúde* - que quer que todos e todas, podendo ter boa saúde, possam realizar, se desejarem, todas as suas capacidades, e a *igualdade da distribuição dos recursos da saúde.* De toda forma, para Sen, é

> *"... a igualdade em realizações da saúde que ocupa o território central da equidade em geral e da equidade na saúde em particular" (*SEN & KLIKSBERG, *p.76)*

O direito à saúde e a imagem do Estado Providência

O debate sobre as políticas sociais, em especial sobre as políticas de saúde e a igualdade nas democracias - sobretudo quanto à força e à direção do investimento social do estado – não pode se dar sem trazer consigo a imagem do Estado de Bem Estar Social, do Estado Providência ou *Welfare State*. Imersa nas tensões entre os mundos capitalista e socialista da guerra fria, a noção de Estado de Bem Estar Social surgiu como uma imagem guia para o esforço de reconstrução econômica, política e moral da Europa Ocidental pós-guerra, e originou diferentes configurações de estado no mundo, a depender da articulação histórica das forças políticas locais e da força que o mercado ou os direitos sociais mínimos imprimiram na direção de suas políticas sociais. Contraponto ao fascismo e ao chamado "socialismo real" à época do seu surgimento, a imagem do Estado Providência, grosso modo, é aquela que evoca uma sociedade com justiça social, ainda que dentro do capitalismo.

Therborn (1983) defende que para identificarmos o Estado Providência é preciso atentar para as atividades rotineiras do estado: num verdadeiro Estado de Bem Estar Social, a maioria das atividades do estado devem estar dirigidas às necessidades de bem-estar das famílias. Richard Titmuss (1958), por sua vez, identifica dois tipos de *Welfare*: o *residual*, quando o estado assume responsabilidades na medida em que a família ou o mercado fracassam na garantia do bem estar das

pessoas, e o *institucional*, quando todas instituições estatais convergem para garantir a toda população o bem estar social.

Para Esping-Andersen (1991), o Estado Providência deve, em primeiro lugar, ser entendido como fruto de um relacionamento histórico entre termos: mercado, propriedade, estado, classe social e democracia. Deve também ter em seu centro a noção de cidadania social, de T. H. Marshall (1950), de modo que nele o status de cidadão possa competir ou até mesmo substituir a posição de classe das pessoas. Mais do que intervir na estrutura de desigualdade, o *Welfare* é em si mesmo um sistema de estratificação, é uma força ativa no ordenamento das relações sociais, originando combinações qualitativamente diferentes entre estado, mercado e família. Há Estado de Bem Estar Social quando

> *"... os direitos sociais adquirem o status legal e prático dos direitos de propriedade, quando são invioláveis, e quando são assegurados com base na cidadania em vez de terem base no desempenho..."* (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.101)

A desmercadorização do trabalhador, isto é, sua emancipação da dependência do mercado, é crucial para que ele se mobilize solidariamente em movimentos reivindicatórios. O poder de mobilização política da classe trabalhadora, além da estrutura da coalização de classes, e das tendências políticas das classes médias são centrais para entendermos as complexas articulações que resultam em ao menos três diferentes regimes de Estado Providência segundo Esping-Andersen.

No *modelo liberal*, dominante nos Estados Unidos, Austrália, Canadá e Suíça, as políticas sociais têm como alvo os mais pobres, que não podem satisfazer suas necessidades individuais por meios próprios. Este modelo (residual, nos termos de Titmuss), estabelece margens estreitas para a intervenção estatal e maximiza o alcance do mercado, considerado espaço privilegiado da redistribuição. Neste tipo de regime são mínimos os efeitos da desmercadorização. É, modo geral, um regime que estratifica a sociedade em dois grupos (dualismo político de classes): os beneficiários do estado, em igualdade relativa na pobreza, e a maioria, para quem estão disponíveis serviços diferenciados no mercado.

No *modelo corporativista*, predominante na Europa continental (Alemanha, Áustria, França e Itália), a ação protetora do estado está vinculada ao desempenho de grupos protegidos e muito articulada à ação de sindicatos. Os direitos e deveres estão vinculados ao status e à ocupação e não à condição de cidadania. Há ênfase estatal na manutenção das diferenças de status entre as ocupações, seu tipo específico de estratificação. O impacto deste modelo em termos de redistribuição pode ser considerado desprezível.

Já o *modelo social-democrata* se assemelha ao modelo institucional redistributivo de Titmuss. Representado pelos países escandinavos, trata-se um modelo inclusivo, contrário à estratificação, e caracterizado pela integralidade e universalidade das políticas sociais. Neste modelo, é imperiosa a seguinte agenda: desmercantilizar o status da força de trabalho, instituindo-se o salário social e os direitos de cidadania, suplantando os mecanismos de distribuição do mercado; reforçar a solidariedade, substituindo-se os esquemas de proteção social competitivos, seletivos e corporativos pelo princípio do universalismo; harmonizar o emprego feminino à fertilidade, buscando igualdade de ganhos entre homens e mulheres; alcançar redistribuição efetiva, via tributação progressiva e transferências sociais; e obter pleno emprego, meta e base financeira dos demais objetivos.

Werneck Vianna (1991) aponta a idealização, na tipologia de Esping-Andersen, de um tipo perfeito de *Welfare* (o social-democrata) e alerta para o risco de engessamento do pensamento a partir do embate entre os liberais, num polo, e os social-democratas, no outro. Para a autora, alternativas para além dos polos devem ser pensadas, entre elas novos arranjos entre público-privado, sem que com isso haja privatização do espaço público. Werneck Vianna nota ainda que o sucesso do modelo escandinavo deve muito, nesses países, a uma prévia homogenização da estrutura socioeconômica e ao fortalecimento da esfera pública. Nesse sentido, aponta para uma pergunta necessária: o *Welfare* forja o cidadão apesar do mercado, ou, ao contrário, o cidadão, capacitado dentro e fora do mercado, conquista o direito ao *Welfare*?

Para Werneck Vianna, as políticas de bem estar, historicamente, nos países centrais, fazem parte de um processo de redistribuição que se dá após a construção de um "nós", do fortalecimento da cidadania e da participação política. O estado é assim, para esta comunidade imaginada, um

guardião da esfera pública. Na América Latina, o problema da cidadania e da participação política não está resolvido. Ao invés de se organizarem em partidos políticos, os grupos de interesse se incrustam no estado e impedem o fortalecimento de uma esfera pública inclusiva e o fortalecimento de canais reivindicatórios. Para esta comunidade imaginada, o estado

> *"... pode, assim, posar de benfeitor, mas dificilmente consegue exercer as funções de produtor e distribuidor de bens públicos".* (WERNECK VIANNA, 1991, p.145)

O Brasil é colocado por Esping-Andersen (1995) num grupo de países que evitaram o neoliberalismo e que têm uma orientação claramente universalista, aos moldes do Estado Providência, ao menos no campo da saúde. O cenário dos anos 1990, no entanto, indicava, para este autor, que o alto grau de clientelismo político, a inflação, a pobreza em muitas áreas do país e o tamanho da dívida externa eram fatores impeditivos para a garantia de seguridade social, ao menos a curto prazo.

Werneck Vianna (1991), por sua vez, compreende o estado brasileiro dos anos 1990 a partir do modelo corporativista de concessão de benefícios sociais. Apesar da estrutura de *Welfare* herdada da era Vargas e da constituição de 1988, que, para Werneck Vianna, institucionalizava o Estado de Bem Estar no Brasil, era grande, para a autora, o risco de paralisia nas políticas sociais, já que não havia nenhuma perspectiva de operacionalização do que se garantia no texto constitucional. A saída para o caso brasileiro teria que superar o raciocínio que circulasse apenas num *continuum* que fosse de uma menor a uma maior intervenção estatal:

> *"O desafio brasileiro consiste justamente em enfrentar a dupla jornada: assumir o atraso e viver a contemporaneidade. Uma pesada intervenção do Estado na área social ainda se faz imprescindível (até porque nunca foi realmente feita), mas o estatismo acrítico tem que ser rejeitado. Redes de solidariedade societais devem ser valorizadas como alternativas para a proteção social, mas não usadas como isca para a armadilha neoliberal. Formas novas de articulação público/privado e estímulos à solidariedade precisam entrar no circuito, mas não se pode esquecer que há uma batalha a travar contra a privatização do espaço*

> *público. Não há solidariedade que se sustente diante da absurda estrutura de desigualdades reinante". (*WERNECK VIANNA , 1991, p.157*)*

Sabe-se que o cenário atual do mundo pós-industrial, com economias abertas e globalizadas, é inteiramente diverso daquele presente no nascimento do *Welfare.* O desemprego crônico em países europeus e as notórias desigualdades na América do Norte apontam para o principal dilema atual, o chamado *trade-off* [9] entre pleno emprego e igualdade. Se existe proteção social ampla ao trabalhador, contratar torna-se caro e o mercado torna-se inflexível, não há pleno emprego. A geração de empregos, por sua vez, parece exigir declínio de salários e enfraquecimento dos sindicatos, e neste cenário não há proteção social:

> *"... aqueles que seguem uma estratégia mais radical de liberalização são melhor sucedidos em termos de emprego, mas pagam um alto preço em desigualdade e pobreza. De modo contrário, aqueles que resistem à mudança pagam o preço do desemprego alto – a Europa Continental em particular".* (ESPING-ANDERSEN, 1995, p.105)

As causas do *trade-off* no mundo, nos aponta Esping-Andersen, são tanto localizadas, quanto globalizadas. Mudanças na estrutura familiar e ocupacional, envelhecimento da população e baixa fertilidade exigem mudanças importantes nos esquemas de seguridade social. Os empregos pós-industriais geram heterogeneidade entre os trabalhadores, baixa proteção social e baixa capacidade de ação solidária. As demandas sociais são muito mais heterogêneas que aquelas geradas pela classe operária industrial das origens do *Welfare.*

Mesmo o modelo social-democrata encontra-se num cenário de incertezas. Os benefícios universais dos países escandinavos são frágeis diante da crescente heterogeneização da população e de suas necessidades – as classes mais abastadas estão deixando o *welfare* por planos previdenciários e serviços diferenciados. O pleno emprego, por outro lado, não é mais garantia possível, nos aponta Esping-Andersen. A seguridade social é extremamente onerosa. Qualquer estratégia de geração de empregos acabará por produzir heterogeneidade salarial.

9 Expressão usada por Esping-Andersen para definir o impasse entre o pleno emprego e a proteção social do trabalhador.

Grande flexibilidade no mercado de trabalho e nos salários, direção seguida mais notadamente pelos Estados Unidos e Grã-Bretanha, mas também pela Austrália e Canadá para combater o declínio econômico e o desemprego, vem aprofundando a desigualdade e o crescimento dos níveis de pobreza. Se, por um lado, os baixos salários do modelo neoliberal funcionam como porta de entrada para o mercado, atraindo jovens, mulheres e imigrantes, por outro, tendem a criar um *proletariado pós-industrial cronicamente empobrecido,* nas palavras de Esping-Andersen, já que a mobilidade do mercado é muito baixa para aqueles sem qualificação.

Esping-Andersen nota também uma tendência de fortalecimento do modelo liberal do Estado Providência sempre em que há o surgimento de novas classes médias. Sobretudo em nações do modelo residual, as novas classes médias tendem a rejeitar equiparação de benefícios e a buscar no mercado a satisfação de necessidades diferenciadas.

As crises econômicas de 2008 e 2012, na Europa e Estados Unidos, têm trazido à tona a fragilidade do modelo do bem-estar, apontando um cenário de incertezas. Na América Latina e no Brasil, são tantas as mudanças no cenário político, econômico e social brasileiro nos anos 2000 que novas análises das políticas sociais brasileiras se fazem urgentes. Já está em pauta o risco de que, com o surgimento de uma nova classe média no país, nos últimos anos, políticas sociais universais, como o Sistema Único de Saúde, hoje com 20 anos, sejam enfraquecidas pelo desejo das novas classes por benefícios diferenciados, como os planos de saúde oferecidos pelo mercado. Esta tendência, apontada por Esping-Andersen, sobretudo para *Welfares* residuais, está no horizonte brasileiro.

A categoria de acesso no campo da saúde

A categoria de acesso é central para a apreensão das políticas de saúde no Brasil. A trajetória da concretização da política de saúde no Brasil poderia ser concebida, nesse sentido, como a própria trajetória da concretização do acesso universal e igualitário, a partir da organização do SUS (GIOVANELLA & FLEURY, 1996). O Sistema Único de Saúde é, em grande medida, resposta complexa qualificada ao problema do acesso, um programa social amplo de inclusão social de milhões de brasileiros que tinham o direito social à saúde condicionado à contribuição prévia, como nos modelos de seguro.

Se a categoria de acesso é central para a apreensão do SUS, ela também é fundamental para a apreensão da Política de Saúde Mental no Brasil, como parte do processo de concretização do novo sistema de saúde. Também neste contexto, a trajetória do esforço de universalização do acesso poderá ser concebida como a trajetória da implementação da Política, já que acesso universal e igualitário é fator principal, também aqui, para a garantia de atenção à saúde mental.

Acesso, no entanto, não é um objetivo do sistema de saúde apenas para o contexto brasileiro. O aumento do acesso ao tratamento deve ser, nos próximos anos, um dos seis grandes objetivos a serem perseguidos pelas políticas de saúde mental no mundo, anuncia um grupo de renomados pesquisadores, ao indicar prioridades de pesquisa e investimento para melhorar a vida de pessoas com transtornos mentais no planeta (COLLINGS, PATEL & JOESTI, 2011).

De fato, elucidar quais são os fatores que impõe barreiras ao acesso às ações e serviços de saúde, dada a importância do tema, vem sendo o objetivo de diversos pesquisadores do campo da saúde coletiva no Brasil e no mundo (ADAY & ANDERSEN, 1974; BIRD & DUARTE, 2002; DONABEDIAN, 1973; GIOVANELLA & FLEURY, 1996; THORNICROFT, 2007).

A categoria de acesso, ainda que esteja presente em quase todos os textos normativos ou interpretativos do SUS como um princípio ou como um direito, não é de apreensão imediata. Trata-se de um conceito multidimensional, que ganha sentido somente a partir da articulação de seus diversos eixos. Os conceitos de acesso e acessibilidade apresentam-se, de forma geral, na literatura do SUS para indicar tanto um direito como o grau de facilidade com que as pessoas recebem, quando necessitam, cuidados em saúde (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2007).

Diversos autores ao redor do mundo vêm buscando definir as relações entre os sistemas de saúde, seus usuários e a dimensão do acesso. Aday e Andersen (1974) ressaltam que, embora as distintas características do sistema de saúde e da população determinem a possibilidade de ingresso do usuário no sistema, a prova real de acesso não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim, no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite. A noção de acesso evoca, assim, uma relação entre as pessoas e os cuidados em saúde, que pode ser mais ou pode ser menos ajustada às necessidades dos usuários. Esta relação, por sua vez, é calibrada por diversos fatores, ou dimensões determinantes.

Para Donabedian (1973), dois aspectos da acessibilidade merecem ser distinguidos: o sócio organizacional (características da oferta do serviço que podem facilitar ou dificultar os esforços do usuário em obter cuidado) e o geográfico (que trata do "isolamento espacial" do usuário, uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado). Acessibilidade, aqui, refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.

Travassos e Martins (2004), a partir de uma revisão dos conceito de acesso e utilização de serviços, consideram que estes fatores determinantes são relacionados de forma geral às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença); às características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas dos usuários; às características dos prestadores de serviços (demográficas, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento); às características da organização (recursos disponíveis), características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; e às características da política (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema).

Bird e Duarte (2002) destacam as especificidades da questão do acesso quando a pessoa que necessita de cuidados é uma criança. Aqui, a relação entre informação e acesso, importante para que se pense a acessibilidade no caso dos adultos, torna-se crucial para a garantia ou não de tratamento à criança que tem necessidade dele. A capacidade do adulto de identificar problemas de saúde mental, tanto em si mesmo quanto nas crianças por quem ele é responsável, está diretamente ligada ao acesso à informação sobre o tema e à disponibilidade de recursos de tratamento.

Desta forma, para que se realize qualquer análise da política de saúde do ponto de vista da acessibilidade, faz-se necessário ter uma visão abrangente. Giovanella e Fleury (1996) afirmam que a análise da categoria acesso deve levar em conta ao menos quatro dimensões: uma dimensão econômica que expressa a relação entre oferta e demanda, uma dimensão técnica, relativa à planificação e organização da rede de serviços, uma dimensão política, que expressa o desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular, e uma dimensão simbólica, relativa às representações sociais acerca da atenção e ao sistema de saúde.

Além disto, esta análise deverá também levar em conta que uma avaliação das condições de acesso poderá ter lógicas diversas, caso o avaliador seja um gestor de saúde ou um usuário do serviço. A organização racional do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada, tal como preconizada e definida nas normativas do SUS, provavelmente não será parâmetro de avaliação para um usuário do serviço. O SUS e as suas ações e serviços, serão apenas alguns dos elementos, no contexto brasileiro, que fazem parte dos processos através dos quais os grupos e as pessoas experimentam, explicam e buscam ajuda para solucionar ou buscar alívio para aquilo que uma enfermidade ou uma doença produzem.

Não há dúvida que o contexto da conformação do sistema de saúde de cada país também é fundamental para uma avaliação da acessibilidade. Neste sentido, Giovanella e Fleury (1996), chamam atenção para um fator crucial, que definiu os contornos da questão da acessibilidade na realidade brasileira. O processo de universalização dos cuidados em saúde promovido pelo SUS, que por um lado absorveu as camadas populares não previdenciárias, instituiu um movimento de autoexclusão, por outro, em direção ao setor privado, dos segmentos sociais mais favorecidos. O esforço para a universalização do acesso à saúde, acompanhado por mecanismos de racionamento dos gastos, acabou se caracterizando por atender, cada vez mais, setores sociais menos favorecidos, mas não se caracterizou por incluir sob sua responsabilidade toda a população brasileira.

O caso específico do acesso e das barreiras ao acesso no campo da saúde mental

A OMS identifica o estigma e a discriminação associados aos transtornos mentais como grandes barreiras de acesso ao atendimento em saúde em todo mundo (Link et al, 1997). Sendo uma marca corporal socialmente visível, o estigma, de fato, é uma barreira altamente eficaz, já que identifica e repele uma certa irregularidade do sujeito em relação às instituições sociais básicas:

> *"... a família, o sistema de classificação por idade, a divisão de papéis estereotipada entre os sexos, o emprego legítimo e em tempo integral que implica a manutenção de uma identidade pessoal única ratificada governamentalmente, e a segregação por classe e raça"*(GOFFMAN, 1982, p.153).

As barreiras de acesso são um conjunto de fatores que favorecem a criação de uma lacuna de tratamento (*treatment gap*), que se forma quando, num cenário onde existe tratamento para um transtorno, as pessoas com este transtorno seguem sem ser tratadas. Kohn, Saxena, Levav e Saraceno (2004) definem esta lacuna como a diferença entre a prevalência do transtorno e o número de pessoas tratadas, entre as afetadas. A lacuna de tratamento pode ser expressada como a percentagem de pessoas que necessitam de tratamento, mas que não o recebem, e é significativa em todo mundo quando se trata de transtornos mentais. Estudo de Kohn, Saxena, Levav e Saraceno (2004), que estimou a lacuna de tratamento em todas as regiões de trabalho da organização Mundial de Saúde, aponta para uma lacuna média de tratamento da esquizofrenia no mundo de 32,2%. A lacuna média de tratamento da depressão é estimada pelos autores em 56,3%, e chega a 78,1% para os casos de transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Estes dados apoiam um programa de convocação para a ação da OMS, o *mhGap*[10], que apoia os países na adoção de medidas para enfrentamento das barreiras de acesso ao tratamento em saúde mental e diminuição da lacuna de tratamento no mundo.

Para além do estigma, diversos outros fatores socioculturais atuam como barreiras de acesso ao tratamento. A ignorância em relação às doenças mentais, a percepção de que é baixa a efetividade do tratamento disponível, a ideia de que o problema irá desaparecer com o tempo, e o desejo de lidar com o problema sem ajuda externa - razões que se articulam a outras dimensões facilitadoras ou não do acesso, como raça, gênero e classe social - são fatores cruciais, apresentados por vários autores, que podem retardar significativamente ou mesmo impedir o acesso aos serviços (JORM, 2000; LINK,1997; KOHN, SAXENA, LEVAV & SARACENO, 2004; SAREEN, 2007; THORNICROFT, 2007).

Macro-fatores sociopolíticos, como situações de guerra e conflito, catástrofes, processos rápidos de urbanização e a pobreza produzem também importantes barreiras de acesso ao tratamento (OMS, 2001). A implementação efetiva de cuidados para as pessoas com transtornos mentais encontra suas barreiras mais concretas, no entanto, no nível da implementação das políticas públicas e da implementação dos sistemas de saúde.

10 *WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP).*

Para a OMS (2001), são barreiras à implementação do cuidado em saúde mental no mundo a desproporção entre os recursos investidos em saúde mental e a extensão do problema, a ausência de legislação em saúde mental, o pagamento direto, não subsidiado, do atendimento nos serviços de saúde, a estigmatização, as violações dos direitos humanos, a ausência de treinamento dos profissionais, a falta de serviços, a ausência ou distribuição insuficiente de psicotrópicos, a má coordenação entre os serviços de saúde e de fora do campo da saúde.

A noção de barreira de acesso, muito embora apareça com frequência na literatura sobre o acesso, recebe pouca atenção. Associadas aos fatores que dificultam ou diminuem o grau de facilidade de acesso aos cuidados, as barreiras, quando nomeadas, aparecem como contraponto de fatores facilitadores de acesso. Barreiras e facilidades de acesso aparecem, desta forma, como um par dialógico que descreve as condições de acessibilidade ao tratamento.

Goldberg e Huxley (1980), propuseram nos anos oitenta um modelo epidemiológico, na forma de uma pirâmide, que propõe a existência de cinco níveis assistenciais e quatro filtros, ou barreiras para a assistência em saúde mental. Os pressupostos do modelo são relevantes. Para compreender as perdas que se dão de um andar a outro da pirâmide (operadas pelos filtros), é preciso compreender que existem pessoas com transtornos mentais que não buscam atenção no sistema formal de saúde. Do mesmo modo, para o modelo, há pessoas com transtornos mentais que não são detectadas no primeiro nível de atenção em saúde e que não são tratadas. Supõem-se também que existem pessoas tratadas resolutivamente no nível primário de atenção, não necessitando ascender para o nível especializado. Ainda, existem pessoas sem transtornos mentais que buscam atenção no sistema formal de saúde.

Para Goldberg e Huxley (1980), no Nível 1, na base da pirâmide, está a comunidade. Este é o lugar ideal, em tese, para se detectar a prevalência e a incidência primeira, real, intocada dos transtornos mentais. Trata-se aqui de uma comunidade inteira, de um *locus* onde os transtornos mentais e as pessoas da comunidade podem ser estudadas na sua totalidade com suas características específicas.

Chama-se de filtro 1 a decisão dos membros da comunidade de se consultar ou de entrar em contato com o nível primário de atenção. Este filtro (em verdade a primeira barreira de acesso) sugere que existem circunstâncias e determinantes que facilitam ou dificultam a decisão de se consultar ou entrar em contato. Sugere-se aqui a existência de circunstâncias associadas ao casos de

pessoas que não se consultam, apesar de apresentarem transtorno mental, e também aos casos inversos, de pessoas que buscam contato, apesar de não terem transtornos mentais. Quando o filtro 1 opera, isto é, quando produz uma perda para o sistema (perde-se aqui todas as pessoas com transtornos mentais que não entraram em contato com o sistema formal de saúde) é que acessamos o Nível 2 do modelo.

Os fatores que determinam a decisão de acessar ou não o sistema de saúde são muitos, em sua maioria de ordem sociocultural e psicossocial – ser mulher, idoso, estar solteiro, separado ou divorciado e estar desempregado são fatores associados, por exemplo, tanto a riscos de sofrer algum transtorno mental, quanto a maior probabilidade de consultar os serviços de atenção primária.[11] Note-se que as construções culturais que organizam as interpretações e a vivência dos transtornos mentais, foco de vários estudos da etno psiquiatria, são, no entanto, cruciais para que o sistema de saúde formal seja, por exemplo, a agência terapêutica escolhida por alguém que se compreenda um paciente (KLEINMANN, 1978; RETOLAZA, 2009).

A comunidade é, em tese, repleta de agências e itinerários terapêuticos. Para o que o sistema de saúde formal seja procurado por um membro da comunidade é preciso que as suas experiências sociais ou do seu familiar sejam compreendidas, em primeiro lugar, como uma enfermidade. Depois, é preciso que esta pessoa compreenda que esta enfermidade deve ser dirigida ao sistema de saúde formal, isto porque ela se encaixa ou se adapta às estruturas cognitivas que orientam o próprio sistema, e às representações da biomedicina, de modo geral, sobre saúde/doença (ALVES, 1994).

O filtro 1 do modelo piramidal de Goldberg e Huxley conta com essa perda: existirão pessoas que, tendo transtornos mentais (segundo os parâmetros do sistema formal de saúde), não escolherão o sistema formal de saúde como agência terapêutica. Isto não significa, necessariamente, que todas essas pessoas estão desassistidas. A comunidade, com suas diversas agências terapêuticas, carrega a potência de absorver, de um modo ou de outro, a partir de diversas leituras diferentes, as experiências de seus membros. Williams e Wilkinson (1990) observam que a severidade do problema é um fator importante que influencia na decisão pela busca de ajuda.

11 A acessibilidade do sistema também pode ser determinada por esses fatores. Horwitz (1996) ressalta, a partir de pesquisa nos Estados Unidos, que fatores como raça, gênero, faixa etária e nível educacional são determinantes para o acesso ao sistema de saúde. Homens não brancos, idosos, com baixa escolaridade têm baixa probabilidade de receber cuidados em saúde mental. Por outro lado, mulheres brancas, jovens e com alta escolaridade, podem apresentar taxas de utilização de serviços consideradas altas e até excessivas.

No Nível 2 da pirâmide de Goldberg e Huxley está o grupo inteiro de pacientes atendidos no nível primário de atenção. Aqui também estão presentes todos os transtornos mentais, razão pela qual pode-se estudar nesse nível todas as pessoas e circunstâncias associadas a eles. Note-se, no entanto, que este cenário pode diferenciar-se do anterior, já que para encontrar-se no Nível 2 a pessoa terá que ter tomado a decisão de consultar-se ou entrar em contato com o nível primário de atenção.

O filtro ou barreira 2 é a capacidade de detecção de transtornos mentais dos serviços de atenção primária. Os estudos nesse filtro envolvem as circunstâncias associadas à detecção dos transtornos mentais que podem depender das equipes de atenção primária, do médico, da família, das características do transtorno ou da organização da assistência à saúde.

O Nível 3 resulta das perdas operadas pelo filtro 2. Aqui estão as situações detectadas pela Atenção Primária. Note-se que este nível não necessariamente coincidirá com o nível anterior. Para os autores, é interessante que se estude nesse nível as circunstâncias relacionadas à correta detecção dos transtornos mentais . Já o Filtro 3 - barreira que está entre os níveis 3 e 4 - é o fator que destina os casos para os serviços especializados de saúde mental ou faz com que casos permaneçam em tratamento no nível anterior.

No Nível 4 estão todos aqueles tratados no conjunto dos serviços especializados em saúde mental, incluindo os casos que só são tratados em nível ambulatorial, sendo que o Filtro 4 é a barreira que afunila o ingresso nas unidades hospitalares. Nesta pirâmide este é o filtro que marca mais claramente a atuação da psiquiatria e/ou as equipes de saúde mental. Ele é determinante para a construção do Nível 5, onde está o grupo de pacientes que são internados em serviços hospitalares. Este último é um grupo muito selecionado, com menor número de pessoas e com patologias em tese mais graves ou comprometedoras que os níveis anteriores.

O modelo piramidal de Goldberg e Huxley coloca em comparação diferentes níveis epidemiológicos e assistenciais, permitindo assim o estudo especial das diferenças entre eles e das barreiras que provocam essas diferenças. Embora se baseie num sistema em que se supõe o nível primário de atenção operante e resolutivo, este é um marco fundamental para balizarmos as relações entre demanda de atenção e assistência (RETOLAZA, 2009), ou seja, para estudarmos acessibilidade.

Acesso e prevalência dos transtornos mentais – o problema da demanda para o sistema de saúde

Porto et al (2011) ao analisarem, a partir de microdados dos anos 1998, 2003 e 2008 da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), a utilização de serviços de saúde no Brasil segundo seu sistema de financiamento (se através do Sistema Único de Saúde; de planos e seguros privados de saúde; ou de compra de serviços, com pagamento direto – *out of pocket*), constataram que a participação do SUS no financiamento da utilização dos serviços de saúde segue sendo preponderante em todas as regiões brasileiras – 69,6% da população brasileira utiliza o SUS[12]. Os dados de 2008 informam, no entanto, que o financiamento do SUS é maior nas regiões Norte (81,8%) e Nordeste (83,9%), sendo que a região Sudeste é a que menos o utiliza (59,5%). Na região Sudeste 35,7% do financiamento da saúde é do setor Privado, enquanto 4,8% é *out of pocket*. Quando o estudo se debruça sobre o campo específico da saúde mental, ao avaliar os motivos de internações hospitalares, revela-se que em 2008 78,1% das internações psiquiátricas foram financiadas pelo SUS, ao passo que 15,4% foram financiadas pelos Planos Privados e 6,5% por desembolso direto (não há desagregação por regiões para este dado).

Duas pesquisas amplas, na modalidade de levantamentos de opinião, foram realizadas no Brasil pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)[13] nos anos de 2006 e 2007 para avaliar especificamente o acesso à atenção à saúde mental. Estas pesquisas, que se aproximam do problema do acesso como uma expressão da relação entre demanda e oferta de serviços, compararam o acesso à atenção em saúde mental em serviços públicos e privados. A pesquisa de 2006, realizada em parceria com um instituto especializado em pesquisas de opinião[14], aferiu que 72% da população pesquisada que relatou transtornos mentais precisou de serviço público. Destes, 93% conseguiram atendimento e 45% acharam fácil obtê-lo. Entre os que utilizaram os serviços privados, 100%

12 A utilização de serviços de saúde foi medida nesta pesquisa pela proporção de pessoas que procuraram e foram atendidas nas duas semanas anteriores à coleta, e pela proporção dos que relataram internação nos últimos 12 meses, classificados segundo atendimento SUS e não-SUS.

13 Disponibilizadas no sítio eletrônico da entidade, em formato *data show.*

14 DATAFOLHA.

conseguiram atendimento, e 83,3% acharam fácil obtê-lo. Em 2007, nova pesquisa foi realizada[15], tendo aferido que 64,5% da população pesquisada que relatou transtornos mentais realizou tratamento no SUS. Destes, 41% acharam fácil obter o tratamento. Entre os que utilizaram serviço privado, 75% acharam fácil obter o tratamento[16].

Note-se que em ambas as pesquisas (ABP, 2006; ABP, 2007) 9% dos entrevistados referiram ter doença mental na família. É relevante destacar que na pesquisa de 2007 7,7% dos que relataram doença mental na família informaram não ter conseguido tratamento, enquanto 14,8% realizaram tratamento através de convênio de saúde. Ainda, 6,6% realizaram tratamento particular e 6%, afinal, não precisaram de tratamento.

Se a prova relevante de acessibilidade não é o número de serviços, mas o fato deles serem usados por quem os necessita, é fundamental que nos perguntemos sobre quem e quantas são as pessoas que os necessitam – a noção de prevalência, um indicador de morbidade, é fundamental, nesse sentido, para apontar para a necessidade ou a demanda existente por atenção à saúde num determinado campo.

Desde o início dos anos 2000 a OMS alerta para o fato de que ainda que a maioria dos transtornos mentais seja tratável e evitável, eles estão associados a quatro das dez principais causas de incapacitação no mundo[17] . Os transtornos mentais correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, sendo que em grande parte do planeta a relação entre a carga de doenças e o gasto dos governos com doenças é claramente desproporcional. Pesquisas sugerem que cerca de 25% das pessoas apresentam um ou mais transtornos mentais durante a vida inteira, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (OMS, 2001).

Santos e Siqueira (2010) propuseram-se a verificar os índices de prevalência dos transtornos mentais na população brasileira através de uma revisão sistemática da literatura entre 1997 e 2009[18]. Neste trabalho 25 artigos foram analisados, tendo os índices de prevalência de transtornos mentais

15 Desta vez em parceira com outro instituto especializado em pesquisas de opinião, o IBOPE.

16 As duas pesquisas realizadas pela ABP não são comparáveis, por usarem métodos diferentes de apuração.

17 São considerados para medir a incapacitação os *anos de vida ajustados por incapacidade* (AVAI). Pode-se considerar como um AVAI um ano perdido de vida "saudável", e a carga das doenças como uma medida do desnível entre o status de saúde atual e uma situação ideal, na qual todos chegam à velhice livres de doenças e deficiências (MS, 2001).

18 Foram incluídos apenas estudos que calcularam estimativas de prevalência para problemas de saúde mental na população de 15 a 59 anos e estudos que utilizaram instrumentos padronizados de avaliação psiquiátrica para a coleta de dados.

encontrados variado entre 20% e 56%, acometendo especialmente mulheres e trabalhadores. No Brasil ainda não existem estudos representativos que revelem índices de prevalência para os transtornos mentais. Isto, aliado às diferentes metodologias aplicadas nos estudos encontrados pelas autoras, explicariam a grande variação dos índices encontrados – considerados apenas estimativas de prevalência.

Mari, Jorge e Kohn (2007) utilizam dados de quatro estudos, dois brasileiros e dois estado-unidenses, para estimar a extensão do problema no Brasil. O primeiro estudo (Almeida Filho et al, 1997), multicêntrico, conduzido em Brasília, Porto Alegre e São Paulo, incluiu 6.476 indivíduos com mais de 15 anos e utilizou o Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA) para detectar casos suspeitos. Numa segunda fase, o rol de sintomas *checklist* do DSM-III foi usado para a confirmação, através de entrevista, da presença de morbidade psiquiátrica anteriormente identificada. Muito embora este estudo apresente muitas limitações metodológicas (como, por exemplo a dependência extrema da sensibilidade e especificidade do QMPA, raramente usado nos estudos baseados em população) - preocupação expressa por Mari, Jorge e Kohn (2007) - seus resultados são compatíveis com índices dos estudos internacionais. Os índices de prevalência de um ano para todos os casos de transtornos mentais encontrados foram de 34,1%, em Brasília; 19%, em São Paulo; e 33,7% em Porto Alegre.

O segundo estudo brasileiro utilizado por Mari, Jorge e Kohn (2007) é o de Andrade et al (1997). Este colhe dados em apenas dois barros de São Paulo – o que dificulta a generalização dos seus resultados. Neste estudo, 1462 pessoas adultas foram entrevistadas a partir de uma amostra estratificada por idade. O *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI)[19] é o instrumento utilizado para a detecção dos casos. Mari, Jorge e Kohn (2007) notam que, muito embora o desenho desta pesquisa seja compatível com outros desenhos de investigação, a amostra escolhida da comunidade não é representativa nem da população de São Paulo nem do Brasil.

O terceiro grupo de dados utilizados por Mari, Jorge e Kohn (2007) foram uma combinação dos dados registrados em Kessler et al (1994), que se utilizaram de dados colhidos através do CIDI para o *Nacional Comorbidity Survey* (CNS) e em Robins e Regier (1991), que obtiveram dados através do *Epidemiological Catchment Area* (ECA).

A partir desses grupos de dados e de uma série de procedimentos metodológicos para torná-los

19 Entrevista psiquiátrica desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e que pode ser aplicada por leigos.

comparáveis, Mari, Jorge e Kohn (2007) estimaram alguns índices de prevalência para o Brasil. Para todos os transtornos mentais, os índices de prevalência para um ano, que expressariam necessidades atuais, variaram entre 18,8% a 29,2%. Outras variações de índices de prevalência para um ano foram encontradas, por tipo de transtorno. Os índices para depressão maior estão entre 3,5% e 9.4%; os índices de prevalência para um ano de distimia, por sua vez, estão entre 1,2% e 2,8%; os índices para transtorno bipolar variaram entre 0,4% e 1%; para transtorno de ansiedade generalizada, variaram de 2,4% a 12,7%; para o transtorno do pânico variaram de 0,9% a 1,9%; para transtornos fóbicos variaram de 5,4% a 14,5%; para psicoses não afetivas, variaram entre 0,4% a 0,8%; para abuso e dependência do álcool variaram de 1,8% a 5,1%; e para o abuso/dependência de drogas variaram de 0,9% a 1,3%.

Os dados estimados sobre depressão parecem estar em acordo com os encontrados na Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Esta investigação abrangente de base domiciliar[20] apurou que 7,6% das pessoas maiores de 18 anos no Brasil referem diagnóstico de depressão por profissional de saúde mental. Destes, 11,8% referem um grau intenso ou muito intenso de limitações em suas atividades habituais devido à depressão. Entre os que referem este diagnóstico, 78,5% foram encaminhados para alguma consulta com profissional especialista em saúde mental e conseguiram todas as consultas, 52% referem usar medicamentos específicos para depressão e 16,4% referem fazer psicoterapia (SZWARCWALD ET AL, 2014).

A partir de estudo de Kessler e colaboradores (1996) – estes usando as definições de Doenças Mentais Persistentes (DMP) e Doenças Mentais Severas (DMS) - , Mari, Jorge e Kohn (2007) encontram para o Brasil estimativas para um ano de 6% para DMS e de 3,1% para as DMP. A desagregação dos dados para as regiões brasileiras informa uma estimativa de prevalência maior (6,1%) por ano para DMS nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. A estimativa de prevalência de transtornos mentais em geral para o ano calculada a partir desse mesmo grupo de dados é de 24,2%.

Muito embora a definição operacional de Doença Mental Severa varie muito nos estudos epidemiológicos disponíveis, elas são especialmente úteis para o entendimento da demanda por cuidado e para o planejamento de uma rede de serviços. De forma geral essas definições operam

20 Realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, em 2013, a pequisa utilizou uma amostra nacional de 80 mil domicílios para caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população, bem como a atenção à sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência.

com três dimensões: 1) Diagnóstico; 2) Incapacidade e 3) Duração. A força dessas definições, e em especial o seu valor para a formulação de políticas públicas, é o fato delas não se limitarem a constatar apenas a presença de um transtorno mental, mas de operarem também com o impacto social da incapacidade eventualmente gerada pelo transtorno e a necessidade de cuidados (LESAGE, 2010).

Lesage (2010), a partir de indicadores estimados pela *Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being* (CCHS 1.2) no Canadá[21], produziu estimativas para o planejamento de serviços públicos, para o tratamento, reabilitação e prevenção em saúde mental num sistema de atenção à saúde mental balanceado (quadro 1). A proposta distingue Doenças Mentais Severas e Persistentes, Severas, Sérias, Moderadas e Leves a partir das dimensões de Diagnóstico, Incapacidade Atual e Duração dos Transtornos. Para cada grupo de doenças, o autor define um serviço referência da rede de atenção, supondo que ela, a rede, esteja balanceada com serviços especializados de atenção à saúde mental, com cuidados em saúde mental na atenção primária e com serviços de saúde pública em geral. Segundo estes dados, cerca de 5% da comunidade têm transtornos mentais suficientemente graves e /ou incapacitantes, para necessitarem de atenção especializada.

Quadro 1 - Uma proposta para definir, contar e desenhar as necessidades dos doentes mentais severos a partir de proporções populacionais (adultos)

	Proporção na Comunidade	Serviços Dominantes	Diagnósticos	Incapacidade Atual	Duração
I. Severo e Persistente	0,50%	Especializado	Psicoses	Severa e persistente	Toda a vida
II. Severo	1,00%	Especializado e Primário	50-50% psicoses não afetivas/transtornos bipolares	Severa e persistente	Crônica e aguda
III. Sério	3,50%	Primário e Especializado	Outros transtornos mentais com co-morbidade	Séria	Aguda e Crônica
IV. Moderado	10,00%	Primário	Transtornos de ansiedade, depressivos, de controle de impulsos e abuso de substâncias	De moderada a suave	Episódica
V. Leve	15,00%	Primário/Saúde Pública	Ansiedade, depressão, transtornos de controle de impulsos e abuso de substâncias; estresse de ajustamento ou psicológico	De suave a nenhuma	Transitória com riscos

Fonte: Lesage (2010), tradução nossa.

21 O CCHS 1.2 canadense utilizou uma nova versão do CIDI (O WMH- CIDI) para identificar diagnósticos e gerar um perfil para as pessoas com transtornos mentais (na vida e nos últimos 12 meses) e cobriu 10 estados Canadenses. Todas as pessoas entrevistadas eram maiores de 15 anos.

Se no campo da saúde mental de adultos ainda trabalhamos com estimativas de prevalência, no campo da saúde mental de crianças e adolescentes os dados são ainda mais frágeis. A literatura apresenta altas taxas de prevalência de transtornos mentais na população infantil. Tanaka e Ribeiro (2009) nos recordam que estudos realizados em mais de vinte países desde os anos 1980 encontram taxas de prevalência global para transtornos mentais infantis variando de 1,0% a 51,0% (média de 15,8%). Note-se que as taxas de prevalência nesses estudos tendem a aumentar proporcionalmente com a idade. A prevalência média de transtornos mentais entre os pré-escolares, nesses estudos, foi de 10,2%, entre os pré-adolescentes (de seis a treze anos), de 13,2%, e entre os adolescentes, de 16,5%. "No Brasil, apesar dos poucos estudos publicados, é provável que as taxas sejam semelhantes" (TANAKA & RIBEIRO, 2010, p. 480)

Pesquisa da ABP em parceira com o Ibope (2008), ao tratar do acesso à atenção à saúde mental na infância e adolescência, acessou uma estimativa compatível com estes estudos, tendo encontrado uma prevalência de sintomas dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência de 12,6% na população brasileira entre 6 e 17 anos. A pesquisa revela que entre as crianças identificadas, 28,9% não conseguiram ou não tiveram acesso a atendimento público; 46,7% obtiveram tratamento no SUS e 24,2% obtiveram tratamento através de convênio ou profissional particular.

O número de crianças e adolescentes com transtornos mentais importantes, isto é, que necessitam de atenção diária, ainda não está estimado no Brasil. Ao levantar estudos de base populacional no Canadá, Boyle e Georgides (2010) encontram uma prevalência de 14,3% para todos os transtornos psiquiátricos infantis, além de 6,4% para ansiedade, 4.8% para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, 3,5% para transtornos depressivos e 0,8% para abuso de substâncias. Levando em consideração a percepção de pais e professores sobre as necessidades da criança, além de aspectos como a pervasividade da incapacidade e a continuidade do transtorno, Boyle e Georgides (2010) estimaram que a percentagem de crianças com transtornos importantes no Canadá (de 5 a 19 anos) esteja entre 5 a 8% - de todo modo muito além, nos lembram os autores, da capacidade dos serviços especializados no Canadá.

No caso da prevalência para o uso de drogas no Brasil temos dados recentes. Em 2001 estimou-se pela primeira vez a prevalência do uso de drogas ilícitas, de álcool, de tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos e esteroides anabolizantes, através de pesquisa nacional. O Primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2002) informou que 11,2% da população pesquisada era dependente de álcool e de que 9% era dependente de tabaco. Ainda, os resultados apontaram que 6,9% da população pesquisada já tinha feito uso na vida de maconha, 5,8% uso de solventes, 0,1%, uso de heroína e 4,3% uso de anorexígenos. Bastos e Bertoni (2014), por sua vez, estimaram, em pesquisa nacional sobre o perfil do usuários de crack, que o consumo de crack e de outras drogas similares é realizado por aproximadamente 370 mil pessoas nas capitais e no Distrito Federal, e que cerca de 1 milhão fazem uso de drogas ilícitas em geral. Os usuários de crack ou de drogas similares são majoritariamente adultos, homens, não brancos, com idade média de 30 anos e em situação de rua. Apenas 14% dos usuários de crack e similares são crianças ou adolescentes.

Muito embora frágeis, seja por suas limitações metodológicas, seja por seu envelhecimento num contexto de tendência de aumento dos transtornos mentais no mundo, as prevalências e as estimativas de prevalência ainda são informações importantes para o entendimento da demanda por cuidado em saúde mental e para o planejamento de uma rede de serviços. O cálculo da lacuna de tratamento em saúde mental depende, em parte, de sabermos disso, de quantas pessoas necessitam de tratamento na comunidade. Note-se que se soubermos a contraparte do cálculo, isto é, quantas pessoas estão sendo efetivamente tratadas, teremos boas chances de entender algo sobre a acessibilidade na atenção à saúde mental. A prevalência de transtornos mentais, nesse sentido, é o denominador do cálculo do acesso.

O esforço do aumento do acesso às ações de saúde mental no Brasil

O investimento na atenção básica no Brasil, e em particular a implementação das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF)[22] aumentou consideravelmente o acesso à saúde no país nas últimas décadas (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA,

22 O PSF funciona através de equipes de saúde da família compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, além de uma equipe de saúde bucal. As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas. As equipes são o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA & MACINKO, 2011).

BAHIA & MACINKO, 2011). Com o objetivo de oferecer acesso universal, ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças, e coordenar e expandir a cobertura para os níveis mais complexos de cuidado, inclusive no campo da saúde mental, a atenção básica chegou a atingir, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, uma cobertura populacional de 87% na região nordeste e de 81% na região norte (BRASIL, 2015). A Estratégia de Saúde da Família é hoje importante porta de entrada no sistema de saúde, resolvendo 80% dos agravos, promovendo atenção longitudinal, organizando o cuidado e ampliando a oferta de acesso à saúde (LAVRAS, 2011). Cada equipe da ESF responde por 3.500 pessoas adscritas e acompanhadas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários, que têm a responsabilidade sanitária do cuidado no território. Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011) desenham o quadro geral de avanços no acesso à saúde no Brasil a partir da atenção básica:

> *"Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica. A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autoclassificam seu estado de saúde como ruim, o que indica que*

> *indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica."* (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA & MACINKO, 2011, p.26)

Sabe-se que demandas em saúde mental são identificadas todos os dias por profissionais das equipes de PSF e agentes comunitários de saúde. Dimenstein et al (2005) chamam atenção para o fato de serem situações que requerem intervenções imediatas, tratando-se geralmente de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) estima que cerca de 56% das equipes de PSF realizam ações de saúde mental.

No ano de 2008 a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)[23], que deve contar com ao menos um profissional de saúde mental, normatizou a prática do apoio matricial, modelo de cuidados colaborativos desenvolvido em Campinas (CAMPOS, 1999) que propõe formas de relação entre a atenção primária e a especializada. Definido por Fortes e Ballester (2012) como uma atividade de atenção colaborativa interdisciplinar onde o profissional especializado realiza um atendimento conjunto ou discussão de caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico, o matriciamento vem sendo desenvolvido de diversas formas no país (ATHIE ET AL, 2013).

Fortes et al (2014) notam que com a expansão da ESF e dos NASF, pacientes com transtornos mentais graves e persistentes que por diversas razões estavam sem tratamento (por abandono, por nunca terem buscado, ou por estarem em situação de cárcere privado) têm sido identificados. A partir de intervenções adequadas, novas relações com a família vem sendo estruturadas e vem sendo garantido acesso às atividades de geração de renda, ao exercício de direitos e deveres civis, à cultura, à educação, às atividades físicas e de lazer e aos espaços grupais existentes nos dispositivos de cuidado e na comunidade. No contexto da reforma psiquiátrica, nos lembra Fortes et al (2014), todas as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes devem ser acompanhadas pela ESF em seu território. Assim

23 Portaria GM/MS 154, de 24 de janeiro de 2008

> *"... os casos graves que necessitam de atendimento intensivo também estarão nos CAPS, com acesso ao tratamento psicofarmacológico mais complexo e atividades terapêuticas. Aqueles que, mesmo graves, não necessitam dessa intensividade de acompanhamento, irão para ambulatórios especializados. Mas quando estes usuários estão estabilizados e não mais apresentam prejuízo funcional significativo, seu acompanhamento pode ser realizado pela ESF com apoio do psiquiatra." (*FORTES ET AL*, 2014, p. 1091)*

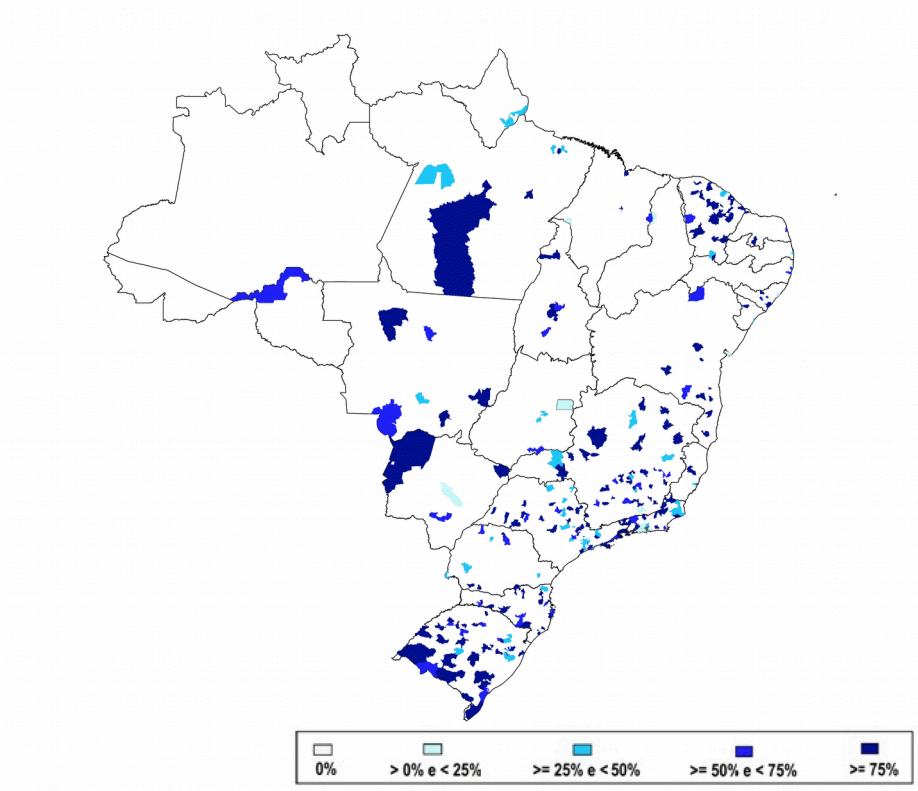
Embora a tendência seja de aumento de resolutividade na atenção à saúde mental na atenção primária, não existem no Brasil estimativas do número de pessoas com transtornos mentais que são tratadas exclusivamente na atenção básica. No Reino Unido[24] estima-se que cerca de 30% das consultas anuais no cuidado primário apresente algum componente de saúde mental (LESTER ET AL, 2004). Entre 25 e 30% das pessoas com transtornos mentais severos deste país recebem todo cuidado, calcula-se, apenas no nível primário (LESTER ET AL, 2004; HAGUE & COHEN, 2005).

O aumento do acesso às ações de saúde mental também é reconhecido na atenção especializada, com a expansão significativa dos CAPS para todas as regiões do país. Assis et al (2014) estimam o impacto das medidas da Política Nacional de Saúde Mental no acesso aos serviços a partir do número de atendimentos em saúde mental no SUS. Se em 2002 foram registrados em torno de 400 mil atendimentos em saúde mental, em 2010 esses registros tinham ultrapassado a marca de 20 milhões de atendimentos: "uma expansão de 50 vezes em menos de 10 anos" (ASSIS ET AL, 2014, p.89)

O aumento de acesso na atenção especializada também pode ser conferido a partir de série histórica de mapas de cobertura em saúde mental – que têm a cobertura demonstrada a partir do indicador CAPS por 100.000 mil habitantes.

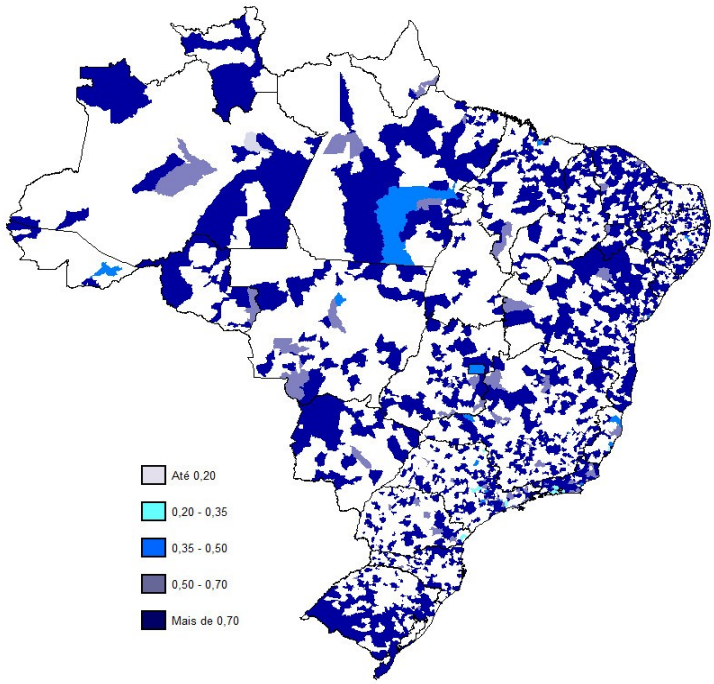
24 O Sistema de Saúde no Reino Unido é dividido entre o cuidado primário, executado por clínicos gerais (general practitioners - GP) e o cuidado secundário, direcionado para especialistas. Cada GP é contratado para oferecer cuidados médicos abrangentes, num regime de 24 horas, para aproximadamente 2000 pacientes - mais de 95% da população no Reino Unido está registrada junto a um GP (LESTER ET AL, 2004).

Figura 1 – Cobertura em saúde Mental a partir do indicador CAPS/100.00 habitantes: anos de 2002 e 2014



2002

2014



Fonte: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Mental

Muito embora exista um esforço evidente do estado brasileiro em aumentar o acesso às ações de saúde e de saúde mental nos últimos anos– ação estratégica para a obtenção de igualdade e justiça social no país– ,e existam resultados palpáveis tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, ainda há uma lacuna de tratamento no campo da saúde mental, isto é, uma percentagem de pessoas que necessitam de tratamento, mas não o recebem. São muitas as barreiras que constroem esta lacuna. A imprecisão dos dados sobre a demanda (o número de pessoas que precisam de tratamento) e sobre o acesso (o número de pessoas que recebem efetivamente o tratamento) é certamente uma delas.

Capítulo 2

Breve panorama sobre as avaliações de CAPS no Brasil

O campo da avaliação em saúde apresenta grande diversidade conceitual e terminológica, além de grande pluralidade metodológica (HARTZ & VIERA DA SILVA, 2005). O cenário não é diferente no campo da avaliação de serviços de saúde mental. Este leque de diferentes possibilidades não oferece apenas escolhas técnicas. Não é possível fazer avaliação em saúde sem que se façam também escolhas teóricas. Essas escolhas, nos diz Bourdieu (1989), refletem as posições que os avaliadores ocupam no espaço social a que pertencem.

São poucas as publicações de estudos avaliativos sobre as práticas dos serviços de saúde mental de atenção diária no Brasil. Desde a implementação do primeiro CAPS do país - o CAPS Luiz Cerqueira, inaugurado na cidade de São Paulo em 1987 – até meados do ano de 2014, pouco mais de 60 produções científicas, entre artigos em periódicos, abordaram o tema da avaliação dos CAPS. A seguir, a partir de levantamento bibliográfico realizado pela pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede* (NUPPSAM, 2014) – indicaremos as principais características desses estudos, assim como as principais preocupações registradas pelos seus autores, buscando descrever o estado da arte dos processos de avaliação de CAPS realizados no país.

Para compor este panorama também daremos atenção às imagens guia dos CAPS – aquelas que orientam os estudos - e, ao final do capítulo, ao tema que abarca a maior diversidade e a maior polissemia conceitual do campo da avaliação em saúde, tal como nos alertam Hartz e Vieira da Silva (2005): a escolha das variáveis avaliativas, dos atributos e dos indicadores a serem utilizados nos processos avaliativos. Esperamos com este esforço levantar, ainda que não exaustivamente, os principais elementos para a compreensão do momento atual e dos desafios do campo da avaliação dos CAPS.

As avaliações de CAPS no Brasil – estado da arte

Para levantar o estado da arte dos processos avaliativos de CAPS no país, a pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede* (NUPPSAM, 2014) colheu dezenas artigos científicos publicados entre 1987 e 2014 disponíveis nas bases *online* SciElo, Bireme, e na fonte Google Acadêmico. Dos 118 (cento e dezoito) artigos encontrados a partir das expressões buscadoras[25], apenas 63 (sessenta e três) discutiam a questão da avaliação de CAPS, seja apresentando a experiência específica de um serviço, seja abordando aspectos teóricos ou metodológicos do tema da avaliação[26].

Apesar de pouco frequentes, os estudos avaliativos de CAPS vêm crescendo ao longo do tempo, especialmente a partir da década de 2000 – período marcado pela presença de financiamento federal específico para pesquisas no campo da saúde mental[27]. Dos 63 artigos capturados pelo levantamento, 4 (quatro) eram da década de 1990, 24 (vinte e quatro) da década de 2000, e 35 (trinta e cinco) da década de 2010. Note-se, neste ponto, que boa parte desta produção (37,2%) tem origem num mesmo grupo de pesquisa[28]. De forma geral predominam, majoritariamente, publicações de instituições e grupos de pesquisa das regiões Sul e Sudeste. Foram encontrados somente 4 (quatro) artigos da região Nordeste e 3 (três) da região Centro-Oeste, ao passo que nenhuma referência foi encontrada na região Norte.

A metodologia utilizada nos estudos capturados pela pesquisa é predominantemente qualitativa: dos 50 (cinquenta) artigos encontrados de avaliação específica de CAPS, 36 (trinta e seis) adotaram a metodologia qualitativa, 10 (dez) a metodologia quantitativa e 4 (quatro) utilizaram metodologia combinada de métodos qualitativos e quantitativos. Nos estudos capturados, predomina, ainda, a chamada avaliação de quarta geração.[29]

25 Os buscadores utilizados foram: “avaliação de serviços de saúde mental”; “serviços comunitários de saúde mental”; “CAPS – Centro de Atenção Psicossocial”; “avaliação de CAPS”; “avaliação de Política de Saúde Mental”; “NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial”; “atenção psicossocial”; “Reforma Psiquiátrica e avaliação de CAPS”; “avaliação de serviços de saúde mental”; “efetividade no cuidado do CAPS”; “pesquisa avaliativa de CAPS”; “avaliação de políticas de saúde mental”.

26 Dentre os artigos selecionados, cinquenta (50) avaliam especificamente os CAPS. Os demais, 13 (treze), foram incluídos na revisão por possuir algum componente avaliativo (embora sejam estudos que não se definem como tal, possuem uma metodologia analítica ou tratam de revisões da literatura publicada sobre o tema).

27 Edital MCT/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/DECIT n 033/2008

28 Pesquisa CAPSUL: Pesquisa com financiamento do Edital MCT-CNPq/CT-Saúde/ MS-SCTIE-DECIT 07/2005, que teve como objetivo a avaliação Centros de Atenção Psicossocial dos estados da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná). Investigou aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados a partir da escuta de usuários, familiares, trabalhadores e gestores dos serviços. (Kantorski et al., 2010b)

29 A avaliação de quarta geração é uma alternativa às avaliações tradicionais, por se tratar de uma abordagem

Dentre os principais componentes avaliativos estudados pelos artigos estão: a) a estrutura dos CAPS, b) a atenção prestada aos usuários e seus familiares, c) o trabalho em equipe, d) o acesso aos serviços e e) o acolhimento. O levantamento destaca 11 (onze) artigos que têm como objeto a satisfação dos usuários e familiares (05), trabalhadores (05) ou ambos os temas (01).

As autodenominadas revisões de literatura - 06 (seis), dos 13 (treze) artigos de cunho teórico – corroboram os nossos achados e ressaltam a grande concentração da produção de artigos nas regiões Sul e Sudeste, assim como a predominância do enfoque avaliativo nos processos de trabalho dos dispositivos. Um (1) artigo se denomina como descritivo e tem como objetivo realizar uma análise das publicações científicas sobre CAPS (BALLARIN, MIRANDA & FUENTES, 2010). Os outros 5 (cinco) analisam a avaliação dos serviços de saúde mental, destacando a importância desse processo e as principais metodologias utilizadas (GERALDES, MELLO & RODRIGUEZ, 1994; WETZEL & KANTORSKI, 2004; ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006; KANTORSKI ET AL, 2010b; SAMPAIO ET AL, 2011).

Embora não exista uma cultura de avaliação no Brasil, em especial no campo da atenção comunitária em saúde mental, é consenso entre os autores dos artigos capturados que os processos avaliativos são ferramentas fundamentais para refletir e transformar a prática cotidiana dos serviços (WETZEL & KANTORSKI, 2004). Um dos principais problemas identificados, no entanto, é que, além de pouco realizados, os processos avaliativos também são pouco divulgados e estudados – é baixa a produção científica na área de avaliação em saúde mental (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006).

Para Silva, Melo e Esperidião (2012) a realização da avaliação no Brasil enfrenta algumas barreiras: a) o entendimento da avaliação enquanto uma ação exclusiva da administração pública, marcada pela burocratização; b) a ausência de um modelo teórico de avaliação; e c) a inexistência de indicadores para quantificar e/ou qualificar os programas e serviços.

Apesar da baixa frequência das avaliações, as pesquisas que estudaram diretamente os CAPS registram resultados satisfatórios em relação à sua efetividade, tanto para os usuários e familiares, como para os profissionais. Apesar de bem avaliados como serviços substitutivos os

responsiva, baseada em um referencial construtivista, onde os grupos de interesse investigados são convocados a participar ativamente dos processos avaliativos. Esta forma de avaliação oferece subsídios que contemplam o cotidiano daqueles que se inserem no contexto estudado, sendo sensível às questões que surgem desses atores. (Kantorski et al., 2010b)

artigos destacam, no entanto, entraves recorrentes, que comprometem a efetividade dos CAPS no cumprimento de seu mandato público (PEREIRA ET AL, 2011; BRÊDA ET AL, 2011; KANTORSKI ET AL, 2011a).

Entre os entraves, Surjus e Onocko-Campos (2011) assinalam o risco da redução dos princípios e dos processos norteadores da atenção psicossocial em procedimentos burocráticos, rotinas e protocolos. A alta demanda pelos serviços contrasta com a escassez de equipamentos na rede (KANTORSKI ET AL, 2011b). A infraestrutura básica é ruim, tanto no que se refere às condições do espaço físico, quanto à falta de insumos fundamentais para a boa execução do trabalho (KANTORSKI ET AL, 2009a; GUIMARÃES ET AL, 2011; CAMILO ET AL, 2012). Os recursos humanos são insuficientes, com vínculos empregatícios precários e profissionais mal remunerados (RÉZIO & OLIVEIRA, 2009; LEAL ET AL, 2012). Além disso, falta formação para os profissionais da linha de frente do cuidado (MIELKE ET AL, 2009), que têm pouca compreensão da proposta clínica e política do mandato psicossocial – o que repercute recorrentemente em um atendimento de caráter biológico organicista, medicamentoso e curativista (JARDIM ET AL, 2009; SOARES & SAEKI, 2006; FIORATI & SAEKI, 2013).

O estudo de Miranda e Onocko-Campos (2010) sobre as equipes de referência de CAPS III em Campinas/SP, indica a articulação entre setores como uma estratégia de ponta para o cuidado. A sustentação de redes externas ao serviço é compreendida como uma importante dificuldade, no entanto, devido à escassez de recursos comunitários e à sobrecarga de trabalho dos profissionais. Apesar disso, o trabalho intersetorial é destacado como recurso para evitar a institucionalização dentro dos próprios CAPS.

Ainda que com entraves em seus processos e problemas em sua estrutura, é consenso entre os estudos capturados que o CAPS possibilita um novo lugar de pertencimento social e novas formas de cuidado aos usuários. A perspectiva dos usuários é crucial, nesse sentido, para definir o que seja um serviço de qualidade (BANDEIRA ET AL, 2011). O discurso dos usuários dos CAPS, avaliado em diversos estudos, aponta em geral para a satisfação em relação aos seus locais de tratamento (SILVA FILHO ET AL, 1996, KANTORSKI ET AL, 2009b). A satisfação dos usuários vem sendo associada com uma melhor adesão ao tratamento e uma menor taxa de abandono (BANDEIRA ET AL, 2011). Nesses estudos os profissionais são muitas vezes apontados como os principais responsáveis pelo bom funcionamento dos CAPS (PINHO ET AL, 2011; WETZEL ET AL, 2011).

Sabe-se, no entanto, que a investigação da satisfação da clientela, quando realizada na área de saúde pública, apresenta importantes limitações. Espiridião e Trad (2006) nos recordam da dificuldade de conceituação do termo satisfação, bem como das limitações próprias dos instrumentos utilizados para medi-la. É comum que nesses instrumentos a noção de 'satisfação' tenda a referir-se menos à qualidade do atendimento e mais ao acesso aos recursos mínimos de saúde.

Em vários artigos capturados a participação dos familiares e usuários é convocada de modo ativo[30]. Para Camatta et al. (2011) e Surjus e Onocko-Campos (2011) o familiar é um dos atores-chave para a afirmação da efetividade da política, já que é parte fundamental da clientela assistida e também parceiro do cuidado. Bandeira (2009) se exprime na mesma direção: "a avaliação por pacientes e por seus familiares tem papel importante na promoção da qualidade dos serviços, pois fornece informações pertinentes a respeito tanto da relação interpessoal no atendimento quanto dos resultados do tratamento" (BANDEIRA, 2009, p.108).

A atuação dos familiares pode ser potente na transformação dos processos de trabalho da rede de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS ET AL, 2009; WETZEL, KANTORSKI & SOUZA, 2008). Na maioria dos estudos de avaliação encontrados, no entanto, o familiar apenas relata ou registra o que percebe sobre a realidade dos serviços. Muito embora haja consenso entre os autores sobre a importância do papel da família no compartilhamento das responsabilidades com o cuidado do paciente e na construção de um tratamento efetivo (HECK, 2008a; OLSCHOWSKY ET AL, 2008; SCHNEIDER ET AL, 2009a; TOMASI ET AL, 2010; BANDEIRA, 2009; DUARTE & KANTORSKI, 2011; KANTORSKI, 2009a; 2011a; 2011c., 2012; KANTORSKI, JARDIM & QUEVEDO, 2013; MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2010; BRÊDA ET AL, 2011), muitos concordam que o lugar da família enquanto protagonista nos processos decisórios é ainda pouco debatido (SCHNEIDER ET AL, 2009a; 2009b; TOMASI ET AL, 2010; DUARTE & KANTORSKI, 2011; KANTORSKI ET AL, 2009a; 2011a; 2012; KANTORSKI, JARDIM & QUEVEDO, 2013; BRÊDA ET AL, 2011).

30 A equipe de pesquisa nota que o fato de grande parte do material capturado ter origem no mesmo grupo de pesquisa – a saber, CAPSUL –, pode refletir na preponderância deste tipo de abordagem.

Alguns artigos registram queixas dos familiares quanto a serem pouco escutados a respeito do tratamento e/ou da sua sobrecarga. Registram também queixas sobre a infraestrutura dos serviços ou da rede - em geral abordada a partir dos problemas com o acesso, a medicação e a precariedade dos espaços físicos dos CAPS (RÉZIO & OLIVEIRA 2010; SCHNEIDER ET AL, 2009b; DUARTE & KANTORSKI, 2011; KANTORSKI ET AL, 2009a; 2011c; 2012; KANTORSKI, JARDIM & QUEVEDO, 2013; BRÊDA ET AL, 2011).

O tema da sobrecarga dos técnicos de saúde mental e das maneiras através das quais eles percebem o trabalho que têm sustentado, é tratado em alguns artigos (RABELO & TORRES, 2005; GUIMARÃES ET AL, 2011; LEAL ET AL, 2012). Uma boa parte dos estudos indicou baixos níveis de sobrecarga e bons índices de satisfação por parte dos trabalhadores. As relações dentro das equipes, a realização com o próprio trabalho – consoante com os ideais pessoais dos profissionais – e o reconhecimento do trabalho por parte dos pacientes e familiares são apontados como motivos de satisfação. As dificuldades enfrentadas, no entanto, podem gerar a sensação de impotência, assim como a insatisfação em relação aos gestores. Rabelo e Torres (2005) alertam para o fato de que "quanto mais os profissionais de saúde percebem o desgaste e a desumanização no dia a dia de sua atuação e mais valorizam a justiça no trabalho, mais se sentem emocionalmente tensos e deprimidos" (RABELO & TORRES, 2005, p. 217).

Nesse sentido, Rézio e Oliveira (2009) chamam a atenção para a relação entre as condições de trabalho às quais estão submetidos os profissionais e a efetividade da atenção psicossocial como modelo substitutivo. A participação política, a formação e a capacitação dos técnicos, para esses autores, é determinante para que eles possam operar adequadamente a lógica psicossocial.

A supervisão é apontada como um dispositivo importante para a construção e qualificação do processo de trabalho nos CAPS por vários autores (KANTORSKI ET AL, 2009; ABUHAB ET AL, 2005; SAMPAIO ET AL, 2011; SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009; JARDIM ET AL, 2009; NASCIMENTO & GALVANESE, 2009; ONOCKO-CAMPOS ET AL, 2009; MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2009; SCHNEIDER ET AL, 2009a, 2009b). Dentre os artigos de cunho teórico, destaca-se a discussão realizada por Sampaio et al (2011), que aponta o espaço da supervisão como um "dispositivo potente para qualificar o cuidado na atenção psicossocial, a organização dos processos de trabalhos e a promoção da reflexão sobre os processos de gestão" (SAMPAIO ET AL, 2011, p. 4692).

Outros autores apontam para a importância da supervisão no enfrentamento das barreiras nos processos de trabalho (ABUHAB ET AL, 2005) e para a aproximação deste espaço com o espaço da formação profissional (SCHNEIDER ET AL, 2009a). Supervisão e formação profissional são reconhecidos como fundamentais para o próprio processo de trabalho do CAPS, já que

> *"Tal complexidade [a construção de um trabalho junto ao usuário] exige que a equipe disponha de espaços de supervisão institucional para analisar suas defesas inconscientes e tratar dos sofrimentos inerentes a uma prática que envolve relações íntimas com colegas e pacientes (*MIRANDA & ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 1159).

Schmidt e Figueiredo (2009), por sua vez, descrevem a supervisão como um espaço "fundamental para o funcionamento do serviço, a organização e a dinâmica do trabalho em equipe, que [funciona] como um avaliador permanente do cotidiano do CAPS" (2009, p. 131). O espaço da supervisão, apontam as autoras, pode dar direção ao trabalho, funcionando como um suporte que possibilita dar visibilidade a questionamentos e construir recursos para os entraves do cotidiano (SCHMIDT & FIGUEIREDO, 2009).

Sabe-se que a boa descrição de um cenário deve envolver tanto o relato de presenças como o de ausências. Nesse sentido é interessante notar a relativa ausência, entre os artigos analisados, de temas crucias para o avanço da atenção psicossocial como política de estado. Apenas dois estudos, por exemplo, mencionaram ou trataram de serviços referentes à infância e adolescência: um realizado unicamente em um CAPSi (SCANDOLARA ET AL, 2009) e outro que o englobou em uma avaliação maior da rede de saúde mental (JARDIM ET AL, 2009). De toda forma, nenhum faz referência aos processos que são exclusivos e próprios da saúde mental infantil e juvenil.

O conceito de território também é pouco explorado nos artigos capturados. Apenas dois estudos abordam esta temática como relevante para a análise. Kantorski et al. (2013) apontam para as dificuldades dos CAPS para atuar na comunidade e no entorno dos serviços. Tavares e Sobral (2005), por sua vez, revelam que as características da população e da comunidade à qual pertence o CAPS interferem de forma significativa nas proposições feitas pela equipe. Não foram encontrados nas avaliações temas ou indicadores relacionados à cobertura dos serviços.

Da mesma forma, nenhum dos artigos encontrados fez qualquer referência significativa ao cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial.

Finalmente, a ausência de estudos de avaliação do impacto das novas práticas, para além das pesquisas de satisfação dos usuários, também chama a atenção. Este nó é referido costumeiramente nos discursos do campo da psiquiatria acadêmica contrários ou alheios às ações da Reforma Psiquiátrica - ainda não existem evidências sistemáticas sobre os resultados dos CAPS, isto é, indicadores de efeito ou impacto que avaliem as mudanças na saúde da população relacionadas à mortalidade e morbidade, à qualidade de vida em geral, aos graus de incapacidade ou de autonomia (BRASIL, 2005; DANTA & ODA, 2014).

Nesse sentido, é importante conhecer o alerta de Danta e Oda (2014)[31] ao construírem, num esforço sincrônico ao nosso, uma cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil:

> *"A despeito do mérito das contribuições que as pesquisas avaliativas acadêmicas recentes vêm dando para a compreensão do processo de reforma assistencial em curso no país, parece-nos que o conjunto delas não tem a diversidade e a abrangência suficientes para fornecer, em futuro próximo, elementos que possam ser articulados, no sentido de prover indicadores de saúde considerados básicos:*

31 Danta e Oda (2014), em trabalho recente (não capturado pelo levantamento bibliográfico da pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e e qualificação da rede) mapearam as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental produzidas no Brasil nos últimos dez anos (de 2004 a 2013), a partir de um levantamento em bases de dados de dissertações e teses acadêmicas e de artigos científicos. Foram analisadas 68 dissertações e teses e 103 artigos. As conclusões das autoras, embora sua análise inclua pesquisas avaliativas de outros serviços da rede, além de teses e dissertações, corroboram os achados da pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede* - quase que a totalidade dos trabalhos capturados usa metodologia qualitativa; muitos se referem a serviços localizados em número pequeno de municípios das regiões Sul e Sudeste, principalmente do Rio Grande do Sul e de São Paulo, havendo poucos estudos de abrangência nacional. Os serviços mais avaliados são os Centros de Atenção Psicossocial, seguidos pela Atenção Básica. Os sujeitos de pesquisa mais frequentes, por sua vez, são os trabalhadores de saúde mental, seguidos dos usuários dos serviços. Note-se que, no caso das teses e dissertações, as instituições com maior número de trabalhos foram a Universidade de São Paulo - USP (20,6%), a Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP (17,6%) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP (13,2%).
No caso das dissertações e teses, as principais bases de dados usadas pelas autoras foram o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a captura dos artigos científicos, as bases de dados pesquisadas foram SciELO, SCOPUS e Google Acadêmico. Os termos de busca em todas as bases foram: "serviços de saúde mental", "serviços comunitários de saúde mental", "dispositivos de saúde mental", "saúde mental e hospital geral", "pesquisa avaliativa em saúde mental", "avaliação de resultados em saúde mental".De forma geral foram selecionadas publicações de caráter empírico, que avaliavam serviços ou redes de saúde mental e/ou intervenções e práticas na área, e excluídas aquelas que se ocupavam exclusivamente da saúde dos trabalhadores, as de cunho somente teórico, as de revisão bibliográfica e as de abordagem histórica.

> *aqueles que forneçam informações sobre o alcance das políticas, leis, intervenções e serviços (inclusive, indicando a diferença entre o número total de pessoas com transtornos mentais e as que recebem efetivamente tratamento, e que se beneficiam deste); sobre a prevalência dos transtornos mentais, bem como os fatores de risco e proteção; dados quantitativos e qualitativos integrados sobre resultados em saúde mental (tais como taxas de suicídio e de mortalidade precoce; redução de incapacidades e aumento da autonomia dos usuários), além de dados mais gerais sobre resultados sociais e econômicos correlatos (por exemplo, níveis de educação, habitação, emprego e renda das pessoas com transtornos mentais).” (DANTA & ODA, 2014, p. 1154)*

Dada a complexidade do dispositivo CAPS e a dificuldade de apreensão de seus resultados (medir a mudança almejada na vida do usuário do serviço), Silva, Lancman e Alonso (2009) chegam a afirmar que os CAPS podem ser considerados hoje casos extremos de produção de resultados intangíveis.

Notas sobre as imagens guia dos CAPS

Avaliar serviços supõe fazer recortes, identificar indicadores, selecionar características, enfim, definir os atributos das práticas de saúde que servirão de critério para o processo avaliativo, ou seja, supõe definir a imagem guia do serviço. Passos et al (2008) notam que o campo da saúde mental foi tão informado por frentes democráticas nas última décadas, que a avaliação de serviços de saúde mental acabou por ser também, inevitavelmente, uma avaliação da política da reforma psiquiátrica.

De fato, a imagem guia dos Centros de Atenção Psicossocial molda-se a partir das características e práticas do processo da reforma psiquiátrica, num processo em marcha que se inicia ao final dos anos 1970, com a crítica ao modelo hospitalocêntrico, passa pela demonstração da exequibilidade dos projetos de cuidar em liberdade, protagonizada pelo trabalho do CAPS Luiz Cerqueira (1987) e pela intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos - SP (a partir de 1989), se institui com um marco legal em 2001 e se aprofunda com o fechamento planejado de leitos e a criação e expansão significativa de centros de atenção diária para pessoas com transtornos mentais

severos e persistentes nos anos 2000 (BRASIL, 2005).

Desde o projeto docente assistencial multicêntrico que estabeleceu as linhas essenciais de atuação do primeiro CAPS do Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, a saber, "lidar com a psicose e suas determinações de marginalização e cronificação nas vertentes de assistência, investigação e formação de recursos humanos para a rede de prestadores de serviços de saúde" (GOLDBERG, 1996, p. 111), a imagem guia dos CAPS permanece em construção. Considerados pelo Ministério da Saúde como dispositivos estratégicos, responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território (BRASIL, 2004ª; BRASIL, 2005) os CAPS configuraram-se simbólica e numericamente como a grande aposta da Reforma Psiquiátrica brasileira (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006)

Delgado (1999) nos recorda que foi o programa Municipal de Santos, com os seus NAPS, que primeiro explicitou a noção de *território,* assumindo o pressuposto de que esses serviços deveriam ter uma cobertura universal em torno de 100 mil pessoas[32], residentes numa área urbana definida. Indicava-se já ali que este tipo de serviço deveria atingir a cobertura de uma população adscrita a partir do pressuposto ético da tomada de responsabilidade, isto é, o pressuposto da responsabilidade pela atenção aos casos psiquiátricos de uma população específica, através de uma rede de atendimento psicossocial eficaz.

O atendimento psicossocial mediado pelo CAPS em seu *território* – área geográfica de responsabilidade, mas também um conjunto de referências socioculturais que emolduram a vida diária das pessoas na comunidade -, seria então "uma interferência consentida no cotidiano do habitante da pólis, afetado por sofrimento psíquico grave. Assim sendo, tal tipo de cuidado incide sobre uma rede social, uma interligação de subjetividades, um mundo num universo de mil mundos subjetivos e políticos."(DELGADO, 1999, p.117). Essa interferência, em nome da busca da *autonomia possível* do sujeito (SANTOS, 2000), seria talvez a principal vocação dos serviços:

32 Nas normas ministeriais construídas para os CAPS, diferentes definições de parâmetros populacionais de referência podem ser encontradas ao longo de tempo, consequência dos avanços da rede de atenção. A portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002, ao definir os portes e complexidades dos CAPS, estabeleceu que o CAPS I, por exemplo, deveria ter capacidade operacional suficiente para atender municípios entre 20 e 70 mil habitantes. As Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à saúde (PPI), parte do Pacto pela Saúde, instituída pela PT GM/MS 1097, de 22 de maio de 2006, por sua vez, estabelecia que o parâmetro de referência para o CAPS I deveria ser a de um território de até 50 mil habitantes. Atualmente vigoram as orientações da Portaria GM/MS 3088, de 23 de dezembro de 2011, onde "são considerados elegíveis: 15 mil habitantes para CAPS I; 70 mil para CAPS II, CAPSAD e CAPSIJ; e 150 mil para CAPS III e CAPSAD III". (ASSIS ET AL, 2014, p. 97).

> *Reabilitação? Tratamento? Não nos interessa aqui identificar um paradigma de ação institucional, mesmo porque ela aqui é necessariamente concebida como produção de movimento cuja única finalidade – permitindo-nos aqui o uso de um termo tão problemático no trato da psicose – é impelir o paciente a coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento de sua vida." (*GOLDBERG, *1996, p.140)*

A complexidade do objeto CAPS é evidente - e também se reflete na emergência, na lógica da atenção psicossocial, das inter-relações existentes entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e a clínica (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006). Assim, quanto à definição da operação CAPS, pode-se dizer que:

> *"... configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais dos serviços, de maneira mais ou menos intensiva e articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários" (*ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006, p 1055*).*

Quanto ao fazer próprio do CAPS, no entanto, sobre aquilo que lhe é particular, sobre o seu mandato, será crucial que se diga também que este deve fazer

> *"… um rompimento fundamental com ao menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico e finalmente os princípios do tratamento moral que embasam as terapêuticas normalizadoras – aos quais acrescentaríamos a inserção de uma clínica ampliada, centrada no*

> *sujeito e inseparável tanto das formas de organização dos processos de trabalho, quanto das maneiras de habitar a polis, isto é, a política." (*ONOCKO-CAMPOS & FURTADO*, 2006, p 1055).*

Nos dias de hoje, no contexto do estabelecimento das Regiões de Saúde no SUS[33] e das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS)[34], os CAPS ainda são considerados estratégicos nos territórios, compartilhando os princípios das RAPS de respeito aos direitos humanos, de garantia da autonomia e liberdade, promoção da equidade, exercício da cidadania e da inclusão social. Os CAPS são, nesse novo contexto, um dos pontos de atenção das RAPS, essas últimas tomadas como redes de possibilidades, recursos e respostas que se coordenam para dar conta de um Projeto Terapêutico Singular (Assis et al, 2014).

A portaria MS/GM 854, de agosto de 2012, ao inserir na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS novos procedimentos para os CAPS no contexto das RAPS, não somente providencia novo modo de registro das atividades realizadas nos serviços mas também institucionaliza novo vocabulário para a composição da imagem guia dos CAPS. A partir dessa portaria, que começou a ter efeitos no início do ano de 2013, os CAPS passam a poder registrar (cobrar) atividades como: acolhimento inicial; acolhimento diurno, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar; atendimento domiciliar; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atenção às situações de crise; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; ações de articulação de redes intra e inter setoriais, fortalecimento do protagonismo de usuários; matriciamento de equipes de atenção básica; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência para a atenção com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; ações de redução de danos e acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio à serviço residencial de caráter transitório.

Estão aí listadas, e mais ou menos descritas na linguagem operacional típica dos procedimentos das tabelas SUS, as atividades esperadas dos mais de dois mil Centros de Atenção Psicossocial ativos hoje.

33 A partir do Decreto nº 7.508/11, as Regiões de Saúde devem ter necessariamente ações e serviços de atenção psicossocial, além de atenção primária, urgência e emergência, entre outros.

34 Portaria GM/MS 3088, de dezembro de 2011

O dilema da escolha dos indicadores de avaliação dos CAPS

Santos-Filho (2007), ao inventariar o conceito de indicador no campo da epidemiologia e da saúde pública, nos recorda que o indicador pretende ser uma medida síntese que contém informações relevantes ou sobre dimensões do estado de saúde ou sobre o desempenho do sistema de saúde. Os indicadores são projetados para avaliar a consecução de objetivos e metas, sendo tradicional que permitam quantificar os resultados de ações. A construção de um indicador deve levar em conta as características dos seus componentes, que devem ser bem quantificados, registrados e processados, sendo comum que gerem diferentes coeficientes (taxas, proporções, razões). Os critérios de qualidade do indicadores são historicamente agrupados em sete aspectos: simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminatoriedade e poder de cobertura.

Os indicadores, assim como os parâmetros no campo da avaliação de CAPS, são bastante variados e costumam refletir os desafios do campo na tentativa que faz de apreensão e avaliação de um objeto complexo. Danta e Oda (2014) notam, ao mapear pesquisas de avaliação de CAPS publicadas em artigos, que nos estudos com metodologia quantitativa os indicadores de avaliação tendem a ser bem definidos, embora seja frequente a crítica, realizada por vários autores, de que é baixa a adequação de parâmetros quantitativos para descrever a complexidade do objeto de avaliação CAPS. Os parâmetros de avaliação são menos explícitos, por sua vez, nas pesquisas qualitativas – de forma geral, esses estudos adotam, com diferentes graus de explicitação, os princípios da chamada reforma psiquiátrica brasileira, mas não os transpõe para indicadores, alertam as autoras.

Passos et al (2008) recordam que quando se adotam metodologias de avaliação mais abertas, de caráter qualitativo, que se baseiam na coleta de dados narrativos, a precisão (grau de concordância das medidas colhidas) dos indicadores é, de fato, baixa. Apesar disso, "... ganha-se em apreensão da diversidade que uma dada realidade comporta, pois se consegue agregar um conjunto mais heterogêneo de pontos de vista." (PASSOS ET AL, 2008, p. 387)

As metodologias participativas de construção de indicadores podem dar aos indicadores outro valor, para além de sua vocação de medida síntese. Passos et al (2008) propõem a noção de indicador processual para capturar essa especificidade do indicador que é construído a partir de métodos participativos e formativos de avaliação. Pretende assim que o indicador processual (que

poder ser qualitativo ou quantitativo) seja aquele cuja existência permite uma apropriação coletiva dos atores interessados dos instrumentos avaliativos:

> *"Na experiência dessa pesquisa, podemos concluir que, ao serem propostos, os indicadores processuais possibilitaram que os atores envolvidos se apropriassem do próprio objeto de avaliação. E ao serem formulados coletivamente nos asseguramos que a alteração do objeto avaliado não foi efeito de imposição de valores e interesses de grupos específicos. Se não podemos desconsiderar que o objeto de avaliação se altera pelo ato de avaliar, devemos garantir que esta alteração seja efeito de uma dinâmica coletiva, em que sujeito e objeto se transformam no processo de avaliação." (*PASSOS ET AL, 2008, p. 396*).*

Uma pequena amostra dos indicadores utilizados em processos de avaliação de CAPS pode ilustrar os modos de construção, os tipos de indicadores e os atributos mais presentes nas investigações. Ao recolherem os indicadores de avaliação presentes nos processos de avaliação de CAPS publicados em artigos nos últimos dez anos, Danta e Oda (2014) destacam cinco tipos de indicadores, relatados sobretudo por Onocko-Campos et al (2009) e Miranda e Onocko-Campos (2011):

> *1) Para CAPS que possuem leitos para colhimento noturno: a) verificação periódica da taxa de ocupação e permanência nos leitos; b) percentagem de atendimentos a pacientes em crise sem ocupação de leitos c) percentagem de usuários encaminhados para uso de leitos em outros serviços e d) percentagem de usuários com diagnósticos de comorbidade que demandam acompanhamento intensivo.*
>
> *2) Para a avaliação do Projeto Terapêutico Individual (PTI) e das equipes/ profissionais de referência: a) percentagem de usuários que utilizam outros recursos da rede; b) percentagem de usuários*

que tiveram seu PTI discutido no último ano; c) percentagem de usuários que foram atendidos por outros profissionais além do seu técnico de referência; d) percentagem de discussões de PTI que incluíram o usuário e sua família e e) e se a equipe de referência discute pelo menos dois casos por semana.

3) Para a avaliação das práticas grupais: a) presença de planejamento de recursos e competências necessárias para o desenvolvimento das práticas grupais; b) existência de grupos para familiares; c) inclusão de usuários na construção e avaliação dos grupos oferecidos; d) mapeamento dos grupos existentes dentro e fora do território do CAPS; e e) estabelecimento de parcerias com outros serviços da rede para a realização grupos.

4) Para a gestão dos CAPS: a) participação regular dos gestores dos CAPS nos fóruns intersetoriais, nas intervenções do CAPS no território, nas atividades que incluem familiares; b) existência de conselho gestor e outros arranjos participativos da gestão, como as assembleias; c) participação dos gestores nas decisões clínicas e na construção dos PTI; d) existência de supervisão clínico-institucional; e) existência de de formação continuada; f) existência de atenção interdisciplinar na atenção à crise durante a noite e nos fins de semana; g) participação da equipe noturna, se existir, na discussão dos PTI; h) número de serviços da rede de atenção básica que compartilham projetos com o CAPS.

e) Educação profissional: a) percentagem de trabalhadores envolvidos com algum tipo de formação profissional; b) percentagem de trabalhadores que recebem subsídios da instituição para formação profissional.

Passos et al (2008) destacam, por sua vez, a escolha de três atributos principais para a avaliação dos serviços, com suas variáveis avaliativas associadas. Note-se que o último, de caráter meta-avaliativo, pretende avaliar, além das ações implementadas e dos processos de trabalho, os modos

através dos quais a pesquisa foi conduzidas e os efeitos que gerou pelos agenciamentos que ela produziu.

> *Atributo1: processo de implementação de ações no nível da rede de serviços de saúde mental de campinas. Variáveis avaliativas associadas : Concepção de CAPS (substitutivo ou alternativo ao manicômio?), sobre a crise (concepção de crise, existe projeto terapêutico na crise? Existem critérios para o uso de leitos?), projeto terapêutico individual (quem elabora? Existe equipe de referência? Qual o referencial teórico?), práticas grupais (existem? Quais funções? Quais reflexões/supervisões?)*
>
> *Atributo 2: agentes destas ações e seus processos de trabalhos. Variáveis avaliativas associadas: gestão (relação entre gestão e modelo clínico, reflexão sobre o processo de trabalho, exercício do gestor, investimento em educação permanente), formação dos profissionais/sofrimento psíquico (há sobrecarga? Ao que se atribui? Quais os dispositivos de formação e supervisão? Investimentos pessoais?)*
>
> *Atributo 3 : empoderamento dos grupos de interesse. Variáveis avaliativas: gestão de pesquisa (co-responsabilidade na gestão da pesquisa; diversificação dos atores na gestão; pactuação coletiva); participação na pesquisa (inclusão dos diferentes pontos de vista e valores; produção coletiva de conhecimentos e instrumentos de avaliação); difusão da pesquisa (inclusão da rede; ampliação do fórum de discussão; apropriação coletiva dos resultados da pesquisa).*

Onocko-Campos et al (2015) em trabalho ainda em processo de finalização, conseguem oferecer 16 indicadores avaliativos para os CAPS III:

Capacidade do CAPS de atender a crise: N° de casos em crise encaminhados para outros serviços/mês em relação ao total de pacientes em crise (em leito ou não);

Tempo dedicado a formação continuada externa: Horas formais/mês para formação em atividades externas;

Tempo mensal ofertado de supervisão clínico-institucional: Presença de supervisão clínico-institucional para a equipe;

Presença de Projetos Terapêuticos Individuais (PTI): Proporção de usuários que tem PTI em relação aos usuários inseridos no sistema de usuários ativos;

Revisão de PTI na equipe: Proporção de PTIs discutidos em equipe, em um determinado período, em relação ao número total de PTIs desse mesmo período;

Quantidade de casos por referência profissional universitário: Identifica o número de pacientes dos quais se ocupa especialmente cada profissional ou miniequipe de referência;

Inserção do usuário com Deficiência Intelectual no CAPS;

Cuidado com a família do paciente em crise: Ofertas terapêuticas à família do paciente em crise (número de famílias de pacientes em crise atendidos/pacientes em crise);

Participação dos familiares nos grupos de família: Proporção de famílias de usuários ativos (inseridos ou em encaminhamento) que participam nos grupos de família e terapias familiares do CAPS ;

Proporção de discussão sobre grupo pela equipe: Análise e discussão dos grupos pela equipe (número de reuniões gerais em que aconteceram discussões sobre grupo/número de reuniões gerais da unidade);

Taxa de PTIs compartilhados com a rede: N° de PTIs partilhados e/ou elaborados em conjunto com outros serviços da rede/ número total de PTIs;

Gestão do serviço: Participação efetiva do gestor nos espaços de Gestão (conselhos, reuniões de equipe, assembleias, colegiados, supervisões);

Recursos humanos de nível superior: Proporção de número de horas de profissionais de nível universitário em relação a 100.000 hab.

PTI's de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados: Corresponsabilização pelo atendimento ao usuário com Deficiência Intelectual (construção de rede especializada);

Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com Deficiência Intelectual: Proporção de Moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos com Deficiência Intelectual;

Adesão do usuário à medicação : Quantidade de medicação prescrita (não retirada) e devolvida á farmácia ou ao posto de enfermagem;

O problema da construção de medidas síntese para avaliar instituições de saúde talvez se relacione ao dilema que impõe uma certa noção sobre a natureza do problema geral de uma política pública: *fazer para todos, um a um*[35]. Trata-se do problema de fazer para todos, ao mesmo tempo em que se admite as singularidades e a impossibilidade de generalizações. Toda política pública

35 Noção que vem sendo elaborada pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ) nos último anos.

neste contexto deve necessariamente lidar com este dilema: ao mesmo tempo em que deve fazer um esforço para generalizar e estabelecer normas gerais, ela deve também curvar-se ao caráter único de cada experiência subjetiva. A política pública, para esta concepção, deve tocar a todos, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, aborda cada caso.

Os indicadores são reflexo de um problema semelhante. São uma generalização, uma tentativa de resumir um determinado estado de coisas. Nesse sentido, não refletem o caráter único do serviço avaliado ou das pessoas que ali estão. Por outro lado, são úteis para a visada em escala e para a determinação de pontos de referência, esses últimos, para todos. Não há dúvidas que os indicadores oferecidos pelos autores acima citados trafegam nessa tensão; a preocupação de torná-los processuais, nos termos de Passos et al (2008), é prova deste esforço (*fazer para todos, com todos*). Há no entanto ainda muito por acordar no campo quanto aos atributos a serem avaliados e quanto aos indicadores que podem ser úteis aos processos de trabalho dos serviços e à avaliação em escala da rede.

A complexidade dos serviços, por exemplo, faz com que os parâmetros de referência para a leitura dos indicadores construídos sejam raramente explicitados - eles fazem parte, de algum modo, da imagem guia que os pesquisadores têm dos serviços. Parecem não existir indicadores compartilhados entre os pesquisadores do campo. O conjunto de conceitos e terminologia do campo ainda é grande e incerto. É raro que as propostas de construção de indicadores atendam aos critérios sugeridos de simplicidade ou de disponibilidade de dados (seria preciso formar série histórica e fazer outras análises para avaliar outros critérios). Dados costumeiramente colhidos pelos serviços (como número de pessoas atendidas, por exemplo), por sua vez, não parecem ter leitura avaliativa possível. Esses são apenas alguns problemas do campo - em discussão, de um modo ou de outro, pelos grupos de pesquisa de avaliação de serviços de saúde mental no país. A amostra de indicadores levantada aqui ilustra tanto as nossas potências como as nossas dificuldades.

É amplo o espectro da avaliação de CAPS hoje. A questão da acessibilidade, no entanto, embora seja central tanto para a imagem guia dos CAPS, como para o projeto SUS, é pouco tratada nos processos avaliativos. Seja pelo caráter multifacetado da questão – dimensões de acessibilidade certamente estão presentes e dispersas em vários indicadores-, seja pela falta de investimento em temas típicos do acesso como o do território e o da cobertura populacional, seja pela falta de parâmetros para comparação e referência, nossas avaliações podem estar deixando de responder à uma questão crucial sobre o acesso: o CAPS atende hoje a quem dele necessita?

Capítulo 3

Percursos Metodológicos

Dois grandes processos compõe o percurso metodológico desta tese para estabelecer referências úteis para a compreensão dos números de produção dos CAPS - esses últimos considerados expressões de acessibilidade. O primeiro, percorrido por mim e pela equipe de pesquisa do NUPPSAM através da pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*, é o que nos oferecerá dados primários de 214 CAPS da região sudeste, especialmente aqueles que esclarecem acerca da produção (nº de pessoas em atendimento e outros dados correlatos) e das circunstâncias de produção dos CAPS. O segundo, percorrido apenas por mim na construção desta tese, estabelecerá estratégias – a partir dos dados primários acima descritos e também a partir de dados secundários – para construir referências para a leitura dos dados de produção dos serviços. A apresentação, a seguir, das linhas mais gerais de ambos os percursos metodológicos deverá situar não somente suas características, mas também suas limitações para indicar em que medida os CAPS estão atendendo aqueles que necessitam de atenção diária.

O percurso metodológico da pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede

A pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*[36] foi iniciada no ano de 2011 para avaliar a efetividade clínica e gestora dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo. Trata-se de um estudo avaliativo, com características participativas, que buscou levantar dados da tríade estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN,1973) junto aos gestores dos 303 serviços da região cadastrados como CAPS junto ao Ministério da Saúde. Este estudo teve como principal objetivo descrever as características da rede de atenção psicossocial desses estados, produzir

36 Financiada pelo Ministério da Saúde (um dos objetos do convênio 216/10) e aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Folha de rosto (SISNEP) - FR - 458738

informações sobre o funcionamento e a integração dos serviços com a rede de saúde em geral e propor medidas de gestão para o enfrentamento dos problemas identificados. A descrição da subseção a seguir foi extraída de parte do Relatório de Pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede* (NUPPSAM, 2014). Fara facilitar a leitura evocaremos esta pesquisa a partir daqui como *Pesquisa Modelo Comunitário.*

Entendendo os territórios da pesquisa

Sabe-se desde Milton Santos (2006) que territórios não devem ser vistos somente como áreas de atuação do poder público federal, estadual ou municipal. Mais do que delimitações de espaços, os territórios são manifestações sociais (políticas, culturais, econômicas), espaços usados, empíricos, que podem, inclusive, mover-se. Na escala urbana os territórios são ainda mais complexos. Os fluxos urbanos, com suas relações sociais mais intensas podem produzir territórios e apropriações do território variadas - os processos saúde-doença devem ganhar inteligibilidade também a partir dessas diferenças. O direito ao território urbano – a cidadania, vista por Santos – se desrespeitado, pode gerar o evento da doença (SANTOS, 1998).

Fundamentais para a gestão em saúde e para a pesquisa em saúde, se bem recortados, os territórios podem conformar perfis que ajudam a revelar as condições de acesso aos serviços de saúde, além de outros determinantes sociais da saúde. Um dos desafios da pesquisa em saúde é, portanto, reconhecer os variados territórios e territorialidades, em suas escalas variadas (limites políticos, fluxos sociais, econômicos, culturais, recursos ambientais, etc.) e escolher as divisões territoriais que melhor poderão revelar os processos pesquisados.

Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais são estados com diferentes percursos no processo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro e Minas Gerais, com importante peso na implantação do parque hospitalar psiquiátrico brasileiro até os anos 1970, têm importante papel nas transformações das práticas cotidianas de assistência, na consolidação de movimentos sociais pela superação da violência asilar e na transformação do imaginário social sobre a loucura e o tratamento em liberdade. O estado do Espírito Santo, se não teve em sua história grandes hospitais psiquiátricos, também não teve grande impulso na implantação de uma rede aberta de atenção à saúde mental,

apesar de ser um dos primeiros estados brasileiros a legislar sobre os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais[37]. Tratam-se de estados com diferentes históricos, diferentes escalas populacionais e, em especial, diferentes desempenhos no processo de implantação de CAPS e ampliação da cobertura em saúde mental na última década.

Para compararmos os desempenhos de estados, considerando suas diferentes populações, as taxas de cobertura são especialmente úteis[38]. A cobertura do estado do Rio de Janeiro em saúde mental – de 0,58 CAPS por 100.000 habitantes - é considerada boa pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a). Apesar disso, vários de seus municípios apresentam indicadores de cobertura considerados baixos, em especial São Gonçalo (0,20), Duque de Caxias (0,23) e a capital, Rio de Janeiro, (0,28). Muito embora o estado tenha aumentado muito sua cobertura desde o ano 2002, quando apresentava uma taxa de 0,28 CAPS por 100 mil habitantes, a quantidade de CAPS implantados ainda é deficitária em suas maiores cidades. Estado com alta concentração de leitos em psiquiatria, o Rio de Janeiro enfrenta, na última década, a desinstitucionalização de pacientes longamente internados.

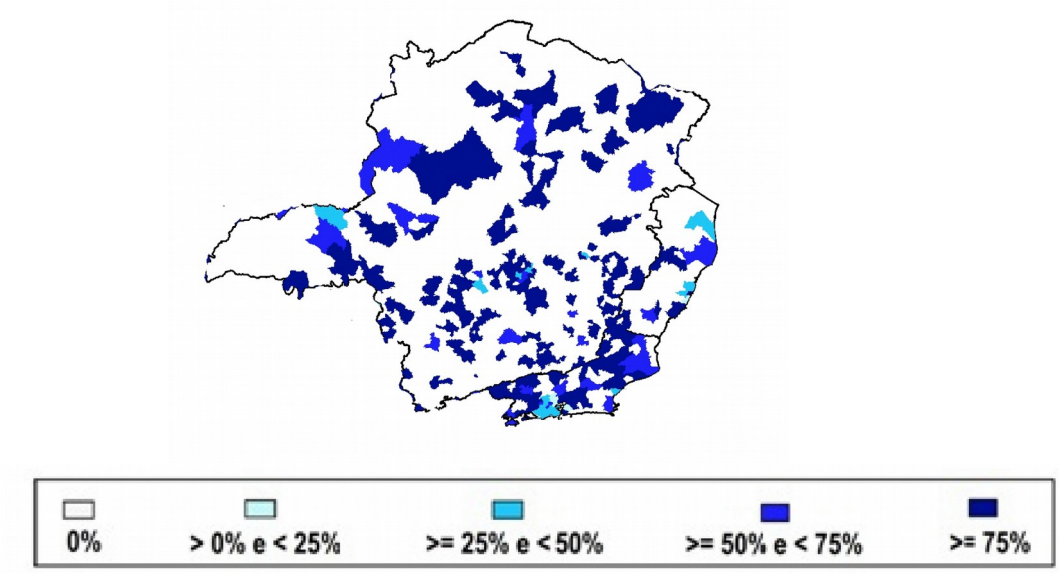
O estado do Espírito Santo apresenta a taxa de cobertura de CAPS de 0,44 CAPS por 100 mil habitantes (abaixo da taxa nacional, que é de 0,68). Esta cobertura é considerada regular/baixa (BRASIL, 2011a). O estado conta com apenas 19 CAPS e os CAPS III e os CAPSad III ainda não fazem parte da rede do estado. Os piores indicadores de cobertura são dos municípios de Vila Velha (0,24), Cariacica (0,29) e São Mateus (0,46). Em 2002, o estado apresentava cobertura considerada insuficiente/crítica (0,17).

Minas Gerais é o estado com melhor cobertura entre os estado pesquisados, tendo atingindo 67% de sua população no ano de 2011. A rede do estado teve um crescimento regular desde 2002, quando apresentava um indicador de cobertura de 0,26 CAPS por 100 mil habitantes. É um dos estados com a maior quantidade de CAPS III do país, um dos serviços de maior complexidade da rede. Assim como o estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais enfrenta nos últimos anos complexos processos de desinstitucionalização de pacientes.

37 Lei Estadual nº 5.267, de 10 de setembro de 1996.

38 A taxa CAPS/100.000 habitantes foi incluída como indicador principal da pasta de saúde mental no *Pacto pela Vida no SUS* no ano de 2007.

Figura 2 – Indicador CAPS/100.000 habitantes. Agosto de 2011. Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais



Por tratar-se de um campo altamente heterogêneo, indicadores socioeconômicos, divisões administrativas e sanitárias, assim como outras divisões territoriais dos estados estudados foram importantes subsídios para a compreensão do universo da pesquisa. O critério de contiguidade, além das semelhanças e regularidades dos espaços em suas manifestações sociodemográficas e da história das regiões no processo de reforma psiquiátrica acabaram por dividir este universo em 16 territórios. Cada território de pesquisa era espaço para a atuação de ao menos um *apoiador de campo*[39]. Deste modo, o critério prático de verificação da presença de rotas de deslocamento entre municípios também foi importante para esta definição.

39 Profissional de nível superior inserido na rede de saúde mental, na assistência ou gestão, dos estados de MG, RJ e ES, que tinha por função participar e construir os processos da pesquisa na sua localidade de atuação.

Quadro 2 – Territórios da Pesquisa

	Região de Pesquisa	
UF	**Nome**	**Número de CAPS**
RJ	I – Região Metropolitana do Rio de Janeiro I	18
	II – Região Metropolitana do Rio de Janeiro II – Baixada	16
	III - Região Metropolitana do Rio de Janeiro III – Niterói e São Gonçalo	13
	IIIa – Baixada Litorânea	3
	IV – Médio Paraíba e Costa Verde	17
	V – Região Serrana	16
	VI – Centro Sul	12
	VII – Norte e Noroeste	16
Total		**111**
ES	VIII – Espírito Santo	19
Total		**19**
MG	IX – Metropolitana	36
	X – Central Mineira	17
	XI – Campo das Vertentes e Zona da Mata	27
	XII – Sul e Sudoeste de Minas	18
	XIII – Oeste de Minas	15
	XIV – Triângulo Mineiro e Alto Paraíba	15
	XV – Vales do Mucuri e Rio Doce	13
	XVI – Jequitinhonha, Noroeste e Norte de Minas	32
Total		**173**
Total Geral		**303**

A divisão dos 16 territórios de pesquisa permitiu a identificação de quatro perfis territoriais relativamente homogêneos:

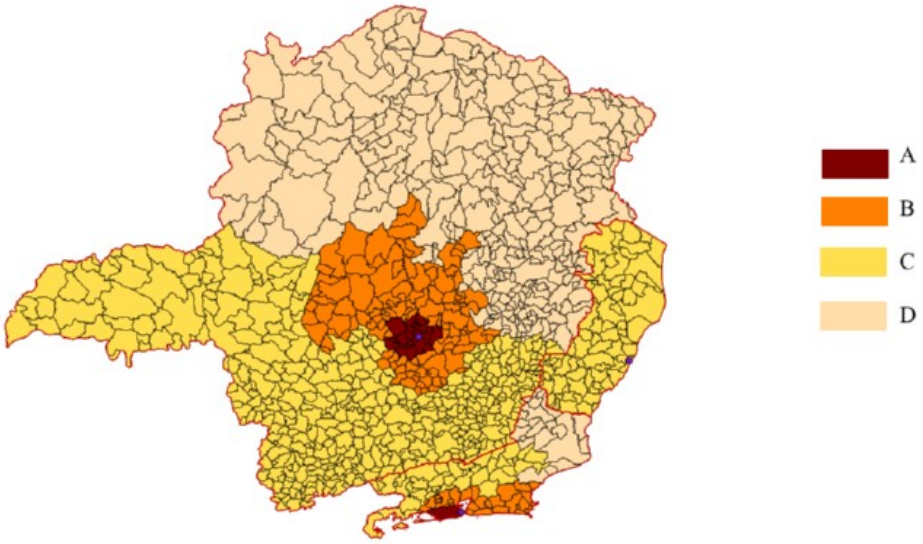
> Grupo A – Formado pelas regiões metropolitanas das maiores cidades do universo da pesquisa, são cenários típicos dos aglomerados urbanos, com grandes segmentos vulnerabilizados pela marginalização social e econômica. Vivenciam mudanças importantes em seus espaços públicos a partir de processos da cultura do medo. São espaços historicamente formuladores das transformações propostas pela reforma psiquiátrica: Região I – Região Metropolitana do Rio de Janeiro I e Região IX – Metropolitana de Belo Horizonte.

Grupo B – Formado pelos municípios periféricos das regiões metropolitanas, dividem com as capitais as consequências do rápido processo de urbanização nas últimas décadas, com o crescimento desordenado das cidades, sem planejamento e infraestrutura e sem o crescimento da oferta de empregos e de renda. Grande parte de sua população vive em condições precárias de moradia. Incorporam os desafios da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que as capitais: Região II - Região Metropolitana do Rio de Janeiro II – Baixada, Região III – Região Metropolitana do Rio de Janeiro III – Niterói e São Gonçalo e Baixada Litorânea e Região X – Central Mineira.

Grupo C – Formado por municípios de médio a pequeno porte, com bom Índice de Desenvolvimento Humano, são próximos a centros urbanos e centros formadores. Podem sediar hospitais psiquiátricos de grande e médio porte em trabalho de desinstitucionalização de pacientes, com incorporação das práticas da reforma impulsionadas por este processo: Região IV – Médio Paraíba e Costa Verde (RJ), Região V – Região Serrana (RJ), Região VI – Centro Sul (RJ), Região VIII – Espírito Santo, X – Campo das Vertentes e Zona da Mata (MG), XII – Sul e Sudoeste de Minas, XIII – Oeste de Minas, XIV – Triângulo Mineiro e Alto Paraíba (MG).

Grupo D – Formado por municípios predominantemente de pequeno porte, com Índice de Desenvolvimento Humano mais baixo. São distantes dos grandes centros urbanos e têm incorporação tardia da reforma psiquiátrica: Região VII – Norte e Noroeste do RJ, XV - Vales do Mucuri e Rio Doce, XVI – Jequitinhonha, Noroeste e Norte de Minas.

Figura 3 – Mapa dos quatro perfis territoriais



Retratos aproximados, estes perfis territoriais procuraram identificar espaços com características e processos semelhantes. A descontinuidade típica dos territórios humanos certamente aponta casos onde as especificidades de um grupo podem ser identificadas num município pertencente a outro. Isto, no entanto, não prejudica a potencialidade desses quatro perfis para revelar as diferentes condições de acesso aos serviços de saúde mental nesse universo.

A busca inicial das informações básicas[40] para contato com todos os serviços do universo da pesquisa, por exemplo, revelou em seu processo importantes diferenças entre os perfis territoriais. Realizada com surpreendente dificuldade, a construção deste mapa de informações dependeu não somente de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mas como de contato com a Coordenação Federal e as Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental. Informações erradas, defasadas ou ausentes vieram de todas as fontes consultadas em todas as fases da pesquisa, mas apareceram com maior frequência quando os CAPS eram dos perfis territoriais C e D[41]. A entrada no campo permitiu ver que as gestões, sobretudo em relação aos CAPS do perfil D, não dispõem de informações básicas sobre o seu território.

40 Endereço eletrônico do serviço; nome do(a) coordenador(a); endereço eletrônico do(a) Coordenador(a), telefones de contato.

41 O trabalho do *apoiador de campo,* por acessar a rede em seus processos diários, e os diversos contatos telefônicos com os trabalhadores dos territórios foram decisivos para a estruturação deste mapa de informações, que em certo ponto foi a fonte mais atualizada de dados sobre os serviços dos estados pesquisados.

A construção coletiva de parâmetros avaliativos

As técnicas de construção de consensos se oferecem aos pesquisadores quando se supõe que não existe no campo unanimidade em relação a um determinado assunto. Elas são especialmente valiosas quando diversos grupos de interesse são convocados a pensar e desenvolver consensos sobre uma questão central. A convocação de trabalhadores e gestores do SUS para discutir parâmetros avaliativos para os CAPS foi, nesse sentido, uma estratégia fundamental não somente para a construção de consensos, mas sobretudo para a identificação da imagem guia desses serviços e de suas necessidades reais num momento de transição entre modelos de atenção e de consolidação da rede de atenção psicossocial.

Duas oficinas de construção de consensos sobre parâmetros avaliativos dos CAPS foram realizadas pela pesquisa, contando com a colaboração de profissionais de saúde de nível superior e gestores inseridos na rede de atenção psicossocial pública dos estados de Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ) e Espírito Santo (ES). Grande parte dos participantes da oficina já estava vinculada ao processo de pesquisa como *apoiador de campo*[42]. Considerados especialistas, por vivenciar o dia a dia dos serviços, seja do ponto de vista da assistência aos usuários da rede, seja do ponto de vista da gestão dos serviços e da rede, todos foram convidados a participar das oficinas.[43]

O objetivo central das oficinas era construir coletivamente parâmetros para a avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial. A oficina utilizou a estratégia metodológica da Técnica de Grupo Nominal (TGN) - técnica de construção de consensos que vem sendo cada vez mais utilizada no campo da saúde, no âmbito das pesquisas qualitativas de avaliação em saúde, bem como nos processos de tomada de decisão na prática clínica e na gestão (DESLANDES & LEMOS, 2008).

Também conhecida como "painel de especialistas", esta técnica permite a construção de consensos sem que haja a dominação do debate por um ou outro participante. Ela facilita, portanto, o registro da opinião e a participação de todos os especialistas, permitindo que os participantes se comprometam com o material produzido coletivamente (ONOCKO-CAMPOS ET AL, 2010).

42 A seleção dos *apoiadores de campo* levou em consideração a experiência dos profissionais em atividades de pesquisa, o interesse e a disponibilidade. A localização geográfica do trabalho e moradia dos profissionais também foi considerada. A ideia era que todo o universo da pesquisa (os estados do RJ, MG e ES) estivesse coberto.

43 Muitos dos especialistas convidados eram alunos efetivos do "Curso de Especialização em Saúde Mental: Atenção Psicossocial, Gestão e Pesquisa" do Programa de Pós-Graduação do IPUB/UFRJ, um curso direcionado especialmente para gestores de saúde mental dos 3 estados. Esta sinergia, que buscou articular o processo de pesquisa ao de aprendizagem, facilitou a reflexão dos participantes sobre a estrutura, os processos e os resultados apresentados pelos Centros de Atenção Psicossocial no contexto de suas redes.

Trabalhar coletivamente na produção de parâmetros de avaliação não só aumenta da legitimidade e validade do instrumento de avaliação, mas torna úteis os resultados da pesquisa a todas as pessoas envolvidas.

As oficinas, que contaram com 12 participantes[44], apresentaram 10 eixos de discussão[45], construídos pela equipe de pesquisa como disparadores do trabalho:

Quadro 3 – Eixos organizadores das oficinas de construção de consensos

Eixo 1 – Estrutura
Eixo 2 – Financiamento e Apoio da Gestão
Eixo 3 - Organização da gestão dos trabalhadores e suas funções
Eixo 4 – Acolhimento, gestão do cuidado, projetos terapêuticos
Eixo 5 - Atenção à crise
Eixo 6 – Ações territoriais e articulação intersetorial
Eixo 7 – Supervisão e formação permanente
Eixo 8 – Planejamento, monitoramento, sistema de informações, registro e avaliação do trabalho no CAPS
Eixo 9 – Produção de Conhecimento
Eixo 10 – Resultados

O trabalho em cada eixo iniciava-se sempre com a apresentação da seguinte pergunta disparadora: "Quais são os elementos/componentes que você considera estratégicos para serem avaliados/identificados em relação a este eixo?". A partir desta pergunta, cada participante deveria escrever em uma ficha 5 componentes/elementos que considerassem estratégicos em relação ao eixo em discussão. Cada participante tinha dez minutos para escrever a suas respostas por blocos de eixos.

44 Dentre os participantes das oficinas, sete eram do sexo feminino (todas psicólogas) e um do sexo masculino (médico psiquiatra). Além desses profissionais de saúde, também participaram das oficinas quatro pesquisadores, sendo que um atuava como facilitador e três como relatores. O facilitador tinha como função coordenar todo o processo das oficinas, enquanto os relatores tinham a tarefa de organizar e consolidar as propostas dos participantes/especialistas.

45 Estes Eixos foram apresentados a outros grupos de pesquisa no evento "Oficina de Discussão Sobre Procedimentos para Avaliação dos CAPS", organizado pelo Ministério da Saúde e realizado em Brasília, em 21/12/12.

Em seguida, três *relatores* codificavam e consolidavam as respostas dos participantes de acordo com a frequência dos temas emergentes e reapresentavam as temáticas aos participantes para discussão e consenso dos temas por eixo. Nesse momento, os especialistas tinham a oportunidade de justificar verbalmente as suas opções ou reagrupar os elementos/componentes, sugerindo alterações em relação ao nome e organização das temáticas codificadas apresentadas por eixo. Após a discussão, os especialistas votavam nos cinco componentes/elementos que considerassem estratégicos para os eixos em questão, por bloco de eixos. Os votos eram então apurados pelo *facilitador*. Nova votação ocorria, em caso de empate. O resultado obtido era uma lista de 5 parâmetros estratégicos de avaliação por eixo, em ordem de prioridade. Em alguns casos, por decisão do grupo, até sete parâmetros foram registrados.

Os passos abaixo resumem o método de trabalho em cada eixo:

Passo 1: Apresentação, pelo *facilitador*, da pergunta disparadora: "Quais são os elementos/componentes que você considera estratégicos para serem avaliados/identificados em relação a este eixo?"

Passo 2: Resposta por escrito dos especialistas à pergunta disparadora (Cinco componentes/elementos que considerassem estratégicos em relação a cada eixo em discussão).

Passo 3: Codificação e consolidação das respostas escritas dos especialistas pelos *relatores*.

Passo 4*:* Reapresentação das respostas, agora consolidadas, aos especialistas.

Passo 5: Discussão e consenso das respostas por eixo, conduzida pelo *facilitador*.

Passo 6: Votação, conduzida pelo *facilitador,* dos cinco componentes/elementos que o grupo considerasse estratégicos para os eixo em questão.

Passo 7: Apuração dos votos e nova votação em caso de empate.

As oficinas de construção de consensos sobre parâmetros avaliativos dos CAPS, ao final do processo de trabalho, apontaram os seguintes temas para o estudo avaliativo:

Eixo 1 - Estrutura

1.1 - Área Física em acordo com a necessidades dos usuário: adequação, agradabilidade, organização e salubridade do espaço físico (oficinas, salas de atendimento, farmácia, sala atendimento individual, refeitório, etc.).

1.2 - Localização e acessibilidade: localização na comunidade, acesso geográfico, acessibilidade, transporte.

1.3 - Recursos humanos: tamanho da equipe, número de profissionais, adequação do número, comprometimento da equipe; horário de funcionamento, carga horária, dias de funcionamento, se fecha para o almoço.

1.4 - Alimentação e outros insumos: fornecimento de alimentação regular e apropriada, disponibilidade de material para oficina, adequação, disponibilidade e regularidade de insumos, equipamentos e material permanente;

1.5 - Insumos e suprimentos farmacêuticos: disponibilidade e funcionamento do fornecimento de medicação e suprimento farmacêutico (primeiros socorros/emergência);

Eixo 2 - Organização da gestão dos trabalhadores e suas funções

2.1 - Divisão das tarefas do cotidiano entre os profissionais (formas de atribuição e cobrança de responsabilidade), divisão da agenda.

2.2 - Reunião de equipe: frequência, rotina e participação dos funcionários (reunião geral ou por setor profissional).

2.3 - Adequação do processo de decisão e pactuação das formas de funcionamento do serviço, liberdade para a exposição de ideias, horizontalização dos saberes, gestão democrática, presença de Colegiado Gestor, modo de composição de Colegiado Gestor.

2.4 - Formas de atribuição de tarefas, tomada de responsabilidade da equipe com o cuidado dos pacientes, formas de cobrança,

comprometimento da equipe.

2.5 - Iniciativas visando a isonomia, média salarial adequada tendendo a uma isonomia de carga horária/, adequação do salário dos servidores, formas de contratação.

2.6 - Registros de atividades realizadas, mecanismos de monitoramento interno e externo do trabalho e avaliação do trabalhador.

2.7 - Sobretrabalho, *burnout*, sobrecarga.

Eixo 3 - Financiamento, Apoio da Gestão local do SUS, Articulação e Sustentabilidade política do CAPS

3.1 - Adequação dos recursos financeiros às necessidades do CAPS.

3.2 - Alocação/Distribuição/fluxo/aplicação dos recursos financeiros públicos no âmbito da gestão do SUS onde o CAPS se insere /alocação dos incentivos financeiros provindos do MS.

3.3 - Participação/Disponibilidade/Apoio da gestão ao serviço/Gestão compartilhada/ (Coordenador do serviço: poder de decisão, clareza de atribuições, autonomia, formação técnica)

3.4 - Relação de compartilhamento e de transparência com a gestão local do SUS sobre o financiamento local do CAPS.

3.5 - Ações de articulação e sustentabilidade política do CAPS (Associação de moradores, usuários, conselho municipal e distrital de saúde)

Eixo 4 - Gestão do cuidado, acolhimento, projetos terapêuticos

4.1 - Adequação da demanda/organização da porta de entrada e acolhimento universal e imediato/Profissionais responsáveis pelo acolhimento/disponibilidade de profissionais para o acolhimento/existência de fila de espera.

4.2 - Critérios de inclusão/cadastramento e ou encaminhamento.

4.3 - Existência/elaboração/adequação/acompanhamento, revisão e aplicação do PTI; o PTI contempla recursos do território e a participação dos usuários e atividades extra CAPS. (modos de prescrição e de acompanhamento da medicação)

4.4 - O CAPS tem técnico de referência/funções do técnico/como é escolhido o profissional/ quantidade de usuários é adequada para o número de técnicos; formas de compartilhamento diário dos CAPS e reuniões de passagem de turnos.

4.5 - Participação dos familiares no serviço e Grupo de orientações para familiares/frequência

4.6 - Funcionamento e participação na convivência e oficinas, atividades em grupo/ geração de renda e ações culturais

4.7 - Continuidade do cuidado – VD, acompanhamento nos finais de semana e feriados, auxiliar psiquiátrico/acompanhamento terapêutico, equipes de acompanhamento no território.

Eixo 5 - Atenção à crise

5.1 - Disponibilidade para atender a crise pelo serviço/Tipos de dispositivos usados pelos CAPS para acessar e atender o paciente na crise, acolhimento noturno (existe ou não?).

5.2 - Disponibilidade para atender a crise por todos os membros de equipe/ Organização do serviço para a atenção à crise pelo serviço.

5.3 - Tipo de serviço de referência para internação no território/Tipo de articulação com Hospitais Gerais, Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, abrigos/Rotina de acompanhamento de pacientes internados.

5.4 - Articulação com suporte familiar/Possibilidade de cuidado domiciliar na crise/ trabalho com a família pós-crise.

5.5 - Articulação com a rede PSF/UBS e com outros serviços de saúde e intersetoriais (encaminhamentos)

Eixo 6 - Ações territoriais e articulação intersetorial

6.1 - Relacionamento entre a rede de serviços de saúde mental e dispositivos existentes (ambulatórios, outros CAPS, pediatria).

6.2 - Articulação com Atenção primária a saúde e PSF Matriciamento na Atenção Primaria e efetividade do matriciamento.

6.3 - Ações intersetoriais/ Desafios para as ações intersetoriais/espaços frequentados pelo CAPS / articulação com a

justiça/ modalidades de articulação.

6.4 - Conhecimento do território pelo CAPS e pelo território do CAPS/ conhecimentos dos equipamentos sociais/Mapeamento do território.

6.5 - Atividades externas CAPS/Participação da comunidade/parcerias estabelecidas/ ações culturais (estigma) e inserção de usuários nas atividades com a comunidade.

Eixo 7 - Supervisão e formação permanente

7.1 - Existência regular e contínua de supervisão (no último ano), com participação de toda equipe, frequência da supervisão.

7.2 - Facilidade/regularidade e sustentabilidade de remuneração do supervisor/Encaminhamento de projetos ao MS para financiamento de supervisão.

7.3 - Critérios da escolha do supervisor/perfil do supervisor/modalidades de supervisão- prescrição e realização/ mecanismo coletivo de avaliação da supervisão.

7.4 - Existência de política de incentivo à formação/atualização dos profissionais (CAPS e município)/Existência de Programa de formação no CAPS e na rede (eventos, grupo de estudo, discussão de caso, seminários internos).

7.5 - Participação em Fóruns de Saúde Mental/Reuniões científicas/seminários clínicos e acadêmicos (regularidade desta participação).

7.6 - Qualificação da equipe para escuta qualificada/manejo da crise/elaboração de alternativas para cada caso.

Eixo 8 - Planejamento, monitoramento, sistema de informações, registro e avaliação do trabalho no CAPS

8.1 - Discussão e planejamento das ações do serviço, acompanhamento, monitoramento, avaliação e discussão dos resultados alcançados que ocorra com frequência regular e conte com a participação da equipe técnica/planejamento coletivo /Estabelecimento de metas e avaliação de resultados/construção

coletiva do sistema de avaliação do CAPS.

8.2 - Existência de processo regular de avaliação do CAPS, combinando critérios internos coletivos com os critérios externos da gestão do SUS.

8.3 - Preenchimento adequado e frequente dos prontuários/atualização/quem preenche?

8.4 - Registro quantitativo das ações e serviços (VD, atendimentos e atividades)/ registro das atividades rotineiras e emergenciais/registro de atividades dentro e fora do CAPS/geração de dados/registro de atas de reunião/boletim mensal de atividades realizadas (quantidade).

8.5 - Estratégias de acompanhamento de usuários de difícil aderência e de casos de abandono.

8.6 - Preenchimento de APACS ou formulário equivalente (quem e se é informatizado)/Quantos pacientes estão em cuidado intensivo, semi-intensivo ou não intensivo em um determinado período/ formas de registro do diagnóstico (sindrômico e/ou diagnóstico final).

8.7 - Mecanismos de registro e monitoramento das ações e recursos da rede de saúde mental, atenção básica, saúde, intersetorial e de outros serviços territoriais (sistema de informação sobre o próprio território).

Eixo 9 - Produção de Conhecimento

9.1 - Valorização da produção dos membros da equipe técnica e usuários/disponibilização de carga horária e benefícios salariais para a produção de conhecimento e participação em congressos/capacitação ou formação de profissionais/qualificação/incentivo dos profissionais/ existência e incentivos salariais para a pós- graduação/benefícios financeiros e outros para produção de conhecimento.

9.2 - Quais formas de compartilhamento de experiências de casos clínicos (supervisão, matriciamento)/Troca de experiências entre os CAPS.

9.3 - Como o conhecimento da equipe de saúde mental é compartilhado com outros setores da saúde na discussão dos

casos/como o CAPS dialoga com outros serviços para construir conhecimentos compartilhados como protocolos e encaminhamentos implicados.

9.4 - Há espaço para troca de conhecimento entre funcionários, pacientes e família/como o CAPS compartilha conhecimentos e informações com os familiares e comunidade.

9.5 - O CAPS participa de programa de estágio de graduação e pós-graduação (especialização, residência)?

9.6 - Trabalho publicado ou apresentado pelo CAPS no município e em outros lugares/elaboração e divulgação de dados produzidos no serviço e apresentação de trabalhos ou artigos/ produção teórica a partir de trabalhos realizados/o serviço produz.

9.7 - O CAPS realiza ou participa de atividade científica regular aberta do seu território/funcionamento.

Eixo 10 - Resultados

10.1 - Número de pacientes atendidos no acolhimento/mês/Número de pacientes novos cadastrados/mês/número total de pacientes cadastrados/número de pacientes intensivos, não- intensivos e semi-intensivos/mês.

10.2 - Número mensal realizado de: a) visitas domiciliares b)reuniões de matriciamento/compartilhamento com a Atenção Básica c) Visitas serviços de saúde geral para acompanhamento de casos d) acompanhamento em pacientes internados – visitas realizadas e) reuniões de famílias realizadas f) grupos de medicação realizados g) número de oficinas realizadas h) número de oficinas de geração de renda realizados.

10.3 - Número de pacientes internados/ o CAPS conseguiu interromper o ciclo de internação/ número de pacientes acolhidos no último ano e pacientes acompanhados/ número de encaminhamentos para internação e frequência/ número de altas/ número de abandono e altas por abandono.

10.4 - CAPS tem parceria com outros serviços como CRAS/CREAS/

secretaria de esporte, cultura, educação, etc.../ visibilidade das ações em relação aos outros setores.

10.5 - CAPS é referência em saúde mental/ tem boa articulação com a rede para encaminhamentos/ você avalia que o CAPS tem boa articulação?

10.6 - As famílias têm o CAPS como parceiro/apoiador/ os familiares tem acesso aos serviços e aos técnicos?

10.7 - O CAPS é territorializado (conhece a comunidade e reconhecido por ela), reconhece sua área de abrangência e atende toda ela? É reconhecido como local de referência do cuidado com o sofrimento?

Construção de Instrumento Preliminar e Pré-teste

O Instrumento para a coleta de dados junto aos CAPS foi construído a partir dos 10 Eixos e parâmetros construídos coletivamente nas oficinas de construção de consensos sobre parâmetros avaliativos dos CAPS. Instrumentos de processos avaliativos semelhantes[46] também foram utilizados para a construção das questões. Divididas em três seções principais - Estrutura, Processo e Resultado – o instrumento preliminar, com 77 questões, foi construído e aplicado a partir de uma plataforma pública de construção e aplicação de formulários eletrônicos oferecida pelo Ministério da Saúde, o FORMSUS.

Todos os participantes das oficinas de construção de consenso tiveram acesso ao instrumento preliminar, através do FORMSUS, e puderam apontar erros, omissões e sugerir modificações ou inclusão de novas questões nos instrumentos. As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde foram contactadas pela equipe de pesquisa, através de ofício, para serem informadas sobre o início dos esforços para a avaliação dos CAPS dos estados. As Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental foram contactadas por endereço eletrônico, assim como os coordenadores dos CAPS. Assim, o pré-teste do instrumento preliminar, já modificado por intervenções dos participantes das oficinas de construção de consensos, foi realizado na segunda semana de dezembro de 2012.

46 Especialmente os instrumentos do Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial – AVALIAR CAPS, do Ministério da Saúde e da Pesquisa CAPS SUL II, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

O instrumento, apresentado integralmente como formulário eletrônico na plataforma FORMSUS, foi dirigido apenas aos coordenadores de CAPS. O Sistema não exigia que o coordenador respondesse a todo o questionário de uma vez. No período em que o questionário ficasse disponível na internet, o coordenador poderia deixar para responder questões mais tarde, ou mesmo modificar respostas já dadas. Para tornar isto possível, o sistema foi desenvolvido de modo a fornecer uma senha e um link de acesso, para toda vez que o respondente salvasse o seu questionário *online*. O questionário solicitava informações objetivas mas também avaliações do coordenador sobre o funcionamento geral do serviço. Sugeria-se que a coordenador levasse em conta todo o conhecimento direto que ele tivesse sobre o CAPS para responder as perguntas, que tomariam, provavelmente, de 60 a 70 minutos do seu tempo.

O objetivo da realização do pré-teste era corrigir eventuais erros ou distorções no instrumento, além de esquentar o campo e possibilitar a participação dos serviços no aperfeiçoamento da construção do instrumento de avaliação. As respostas e observações dos participantes desta etapa seriam consideradas no delineamento da versão final do instrumento de avaliação.

Sessenta e cinco CAPS acessaram o instrumento na fase de pré-teste, num universo de 303 CAPS. Nesta etapa, alguns desafios do campo e do instrumento ficaram evidentes. Foi possível constatar que de forma geral, mas em especial nos perfis territoriais C e D, o acesso aos computadores e à internet ainda era difícil para os respondentes; a falta de familiaridade do campo com formulários eletrônicos e seus processos (avançar nas páginas, salvar respostas, gerar senha para novo acesso) era notória. O baixo número de respostas na seção de resultados, por sua vez, indicava que os CAPS não produziam informações sobre sua produção ou que não as tinham disponíveis naquele momento (aplicado em dezembro, o questionário solicitava dados de produção de novembro). Finalmente, a baixa resposta dos serviços em todos os territórios (cerca de 21,5% do universo) mostrou que existiam ainda muitos problemas no contato com os serviços, além de indicar que o campo necessitava de grande aquecimento para responder a um instrumento de grande porte.

Ida ao campo – segunda etapa

Em 28 de maio de 2013 correspondências eletrônicas intituladas "Pesquisa de Avaliação de CAPS - Acesso Ao Questionário Eletrônico", foram enviadas aos coordenadores dos CAPS, contendo instruções para a participação na segunda etapa da pesquisa. Nesta etapa final de coleta de dados, os participantes deveriam ter como referência para as suas respostas o mês de abril de 2013 – o instrumento estaria disponível na internet de 28 de maio a 16 de junho de 2013.

O instrumento final de avaliação, após as modificações e acréscimos sugeridos no pré-teste, ficou composto por 122 questões, em sua maioria fechadas (anexo 1). Organizadas em seções (Identificação do CAPS e do Respondente, Estrutura, Processo e Resultado), as questões procuraram cobrir as prioridades destacadas pela oficina de produção de consensos solicitando ou informações objetivas sobre os serviços ou a opinião do coordenador acerca de processos de trabalho e resultados do CAPS. O questionário deveria exigir de 70 a 90 minutos da atenção das respondentes. Por esta razão, do mesmo modo como no pré-teste, o sistema estava preparado para que o respondente interrompesse seu trabalho e o retomasse em outro momento. O campo precisaria ser muito estimulado para que uma boa quantidade de respostas fosse colhida com qualidade.

As estratégias de estimulação do campo consistiram não somente no envio de correspondências eletrônicas e monitoramento diário do fluxo de acessos ao questionário por território de pesquisa, mas também incluíram ligações telefônicas para os serviços e a atuação dos *apoiadores de campo.* Pesquisadores ficaram disponíveis *online* e em linha telefônica para sanar quaisquer dúvidas sobre os processos do sistema FORMSUS. Mais uma vez, porém, a quantidade de questionários respondidos ao fim do período foi baixa: apenas 98 serviços responderam ao questionário (cerca de 32% do universo).

Para além das persistentes dificuldades de contato com os serviços, do problema da disponibilidade da internet e da extensão do questionário, outros fatores marcaram este início de ida a campo. Em meados de junho de 2013, justamente enquanto a equipe de pesquisa fazia contato com os serviços para estimular o acesso ao questionário *online*, manifestações de estudantes, que inicialmente surgiram para contestar aumentos nas tarifas de transporte público em São Paulo, passam a ganhar grande apoio popular, especialmente no Rio de Janeiro e Brasília, mas também em Belo Horizonte, Fortaleza, Recife, Salvador e Porto Alegre, quebrando drasticamente a rotina das grandes cidades e "surpreendendo as expectativas de estabilidade" (SOARES, 2013). A atipicidade

deste período de campo pode ter colaborado para o baixo número de respostas. Por esta razão, mais duas chamadas de aquecimento do campo, com todas as estratégias de contato com os serviços, foram realizadas até o final de julho, permitindo, afinal, que 217 CAPS, no total, submetessem suas respostas ao questionário de avaliação (cerca de 71,5% do universo).

Tratamento inicial dos dados e limitações do estudo

Ao final do processo de coleta de informações, 214 serviços, num universo de 303, foram identificados como respondentes do questionário[47]. As perdas de dados da pesquisa corresponderam a 29,4% do seu universo - porcentagem de difícil leitura se não forem estudados os modos como essas perdas se distribuíram em relação às principais características da população estudada. É a seletividade das perdas em relação a estas características, e não o número total de questionários perdidos que indicam limitações para a leitura dos achados deste estudo, que tem características censitárias.

Tabela 1 – CAPS respondentes por estado

	O CAPS respondeu ao questionário?		
Estado	**Sim**	**Não**	**Total**
Espírito Santo	73,70%	26,30%	100%
Minas Gerais	66,50%	33,50%	100%
Rio de Janeiro	76,60%	23,40%	100%
Total (N)	214	89	303
Total (%)	70,6	29,40%	100%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Em relação ao estado, Minas Gerais é o que apresentou maior perda de dados. Enquanto as perdas de questionário se distribuíram de um modo relativamente semelhante nos estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro, em Minas as perdas são em maior número - há sub-representatividade do estado. Se quebrarmos este dado procurando avaliar as perdas em relação aos territórios de pesquisa, será visível que houve maior seletividade na perda de dados dos territórios XI - Campo das Vertentes e Zona da Mata (MG); V - Região Serrana (RJ); XV - Vales do Mucuri e Rio Doce (MG) e XVI - Jequitinhonha, Noroeste e Norte de Minas (MG). Tais perdas não se explicam inteiramente pela dificuldade de acesso aos territórios (muito embora isto seja mais

47 Constatou-se que três serviços, apesar de terem acessado o questionário, responderam apenas as seções de identificação do CAPS e do Respondente. Por esta razão estes serviços foram classificados como não respondentes.

verdadeiro para os territórios XV e XVI) e devem procurar esclarecimento no conjunto geral dos dados. Em relação aos tipos de serviço, as maiores perdas foram de dados de CAPS I, seguidos de dados dos CAPS III.

Tabela 2 – CAPS respondentes por território de pesquisa

	O CAPS respondeu ao questionário?		
Territórios de Pesquisa	**Sim**	**Não**	**Total**
I – Região Metropolitana do Rio de Janeiro I	77,8%	22,2%	100%
II – Região Metropolitana do Rio de Janeiro II – Baixada	68,8%	31,3%	100%
III - Região Metropolitana do Rio de Janeiro III – Niterói e São Gonçalo	76,9%	23,1%	100%
IIIa – Baixada Litorânea (RJ)	100,0%	0,0%	100%
IV – Médio Paraíba e Costa Verde (RJ)	94,1%	5,9%	100%
V – Região Serrana (RJ)	56,3%	43,8%	100%
VI – Centro Sul (RJ)	83,3%	16,7%	100%
VII – Norte e Noroeste (RJ)	75,0%	25,0%	100%
VIII – Espírito Santo (ES)	73,7%	26,3%	100%
IX – Metropolitana (MG)	66,7%	33,3%	100%
X – Central Mineira (MG)	70,6%	29,4%	100%
XI – Campo das Vertentes e Zona da Mata (MG)	55,6%	44,4%	100%
XII – Sul e Sudoeste de Minas (MG)	66,7%	33,3%	100%
XIII – Oeste de Minas (MG)	86,7%	13,3%	100%
XIV – Triângulo Mineiro e Alto Paraíba (MG)	73,3%	26,7%	100%
XV – Vales do Mucuri e Rio Doce (MG)	61,5%	38,5%	100%
XVI – Jequitinhonha, Noroeste e Norte de Minas (MG)	62,5%	37,5%	100%
Total (N)	214	89	303
Total (%)	70,6	29,40%	100%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Tabela 3 – CAPS respondentes por tipo de serviço

	O CAPS respondeu ao questionário?		
Tipos de CAPS dos territórios	**Sim**	**Não**	**Total**
CAPS I	61,7%	38,3%	100%
CAPS II	77,2%	22,8%	100%
CAPS III	63,6%	36,4%	100%
CAPSad	73,8%	26,2%	100%
CAPSad III	100%	0%	100%
CAPSi	86,2%	13,8%	100%
Total (N)	214	89	303
Total (%)	70,6%	29,4%	100%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

A geração de escores ou classes para a interpretação dos dados de questões que utilizam escalas intervalares de mensuração foi realizada para várias questões. Este procedimento auxilia a tradução das informações obtidas na coleta de dados.

A aplicação dos questionários apenas aos coordenadores dos serviços, pessoas que têm interesse específico em obter bons resultados em processos de avaliação, implica em viés que deve ser observado na interpretação dos dados. Este viés foi claramente identificado em questões que solicitaram a opinião do coordenador acerca de processos típicos de gestão dos serviços e deverá limitar o potencial descritivo dos dados produzidos por elas.

Para discutir a confiabilidade das respostas aos questionários, três questões da seção de resultados (última seção do instrumento aplicado), foram avaliadas em sua consistência, já que eram relacionadas e seus resultados poderiam ser checados, uns em relação aos outros. Esta avaliação revelou que, entre os respondentes das questões, 84,8% poderiam ser considerados confiáveis ou razoavelmente confiáveis. Este grupo foi identificado como referência para o esclarecimento da produção dos serviços, no percurso metodológico de construção da tese, detalhado a seguir.

O percurso metodológico de construção da tese – tomando a produção como expressão do acesso

O percurso metodológico escolhido para abordar o principal problema desse estudo, qual seja "Como estabelecer referências úteis para a compreensão dos números de produção dos CAPS?" envolveu duas estratégias, essencialmente. Na primeira estratégia, operamos com dados primários colhidos em CAPS reais, atuantes em seus territórios. O ponto de partida dessa abordagem, que iremos chamar de Estratégia 1 a partir de agora, é a ideia de que só nos seriam úteis como referências as produções de *bons CAPS*, isto é, CAPS considerados bons a partir de critérios de qualidade dados pelo campo da saúde púbica. A premissa da Estratégia 1 foi estabelecida da seguinte forma: se nós conhecemos qual é a produção de um *bom CAPS*, podemos estabelecer referências orientadoras para a leitura da produção de outros CAPS.

A segunda estratégia, que nomearemos Estratégia 2, não opera com com dados de CAPS reais, mas com prescrições dadas por normas para os CAPS, com taxas de prevalência para Transtornos Mentais Severos e Persistentes e com dados secundários sobre acesso aos serviços de saúde mental, entre outros. O ponto de partida da Estratégia 2 é o de que precisamos conhecer a demanda existente para os CAPS para que seja possível entender os números de produção dos serviços, esses últimos expressões de acessibilidade. A premissa da Estratégia 2 pode ser definida a partir da seguinte afirmação: se nós conhecemos a demanda para os CAPS, podemos assumir que uma *boa produção* é aquela que atende à demanda existente no território, ou seja, é aquela que dá acessibilidade.

Note-se a complementariedade das Estratégias 1 e 2 para a construção de quadros de referência úteis para a compreensão dos números de produção dos CAPS. Se optássemos por levar a cabo apenas a Estratégia 1, teríamos um quadro de referência indicando qual a produção dos melhores CAPS por tipo de serviço (para levar em conta a capacidade de atenção de cada um), mas não saberíamos se essa produção atende à demanda por atenção à saúde mental no território. Ora, o melhor CAPS, se não atende à demanda de seu território, é o melhor CAPS? Se apostássemos, por outro lado, apenas na Estratégia 2, teríamos um quadro interessante que estabeleceria o volume da demanda de atenção por tipo de CAPS, a partir de dados epidemiológicos. Poderíamos, no entanto, cometer o erro, a partir desse quadro, de tomar uma alta produção (expressão de acessibilidade), como único padrão de medida do trabalho de um bom CAPS. Ora, um CAPS que atende muitos usuários é necessariamente um bom CAPS? Não seria admissível, no marco da saúde pública, estudar a produção de serviços de saúde sem estudar a qualidade desses serviços. Relacionar acessibilidade e qualidade dos serviços, portanto, é o objetivo da construção dos quadros de referência que foram produzidos pelas Estratégias 1 e 2.

Deve ser evidente, já neste ponto, que cada uma das estratégias implica desafios específicos, entre eles as definições de *bom CAPS* e também de *boa produção.* Abaixo, nos dedicaremos a detalhar melhor ambas as estratégias para que os quadros que foram produzidos a partir delas possam ser lidos com clareza em suas características, vantagens e desvantagens.

A Estratégia 1

A Estratégia 1 assume que a produção de um *bom CAPS* é orientadora para entendermos a produção de outro CAPS do mesmo porte. Para descobrirmos qual a produção de um *bom CAPS*, entre os CAPS que pesquisamos, era preciso definir antes o que era um *bom CAPS*. Por um lado, entende-se que um *bom CAPS,* se este está instituído no marco da saúde pública, é um CAPS que preocupa-se com acessibilidade – dimensão estrutural para o SUS, direito do cidadão. Se assim é, um *bom CAPS* deveria ter uma boa produção (expressão numérica de acessibilidade) ou deveria desejar ter uma boa produção. Isto, no entanto, não é suficiente para definirmos um *bom* CAPS, já que podem ocorrer boas produções (alto número de usuários atendidos) sem que o CAPS atenda com qualidade - podem ocorrer casos em que o CAPS, inclusive, não atenda sua clientela, mas outra clientela demandante.

Um *bom CAPS* deveria ter então boa produção (alto número de usuários atendidos) mas também uma boa qualidade de atendimento. Só desta forma *boa produção* pode ser orientadora para a leitura de outras produções de CAPS do mesmo porte. Sendo assim, era preciso definir também o que é boa qualidade de atendimento e encontrar quais CAPS tinham ao mesmo tempo boa qualidade de atendimento e boa produção.

Neste ponto, um momento para uma breve apresentação da matriz para serviços de saúde mental de Tansella e Thornicroft (1998), para que possamos tanto visualizar o *bom* CAPS (na nossa definição operacional, aquele que busca qualidade de atendimento e boa acessibilidade), quanto entender os variados aspectos do problema que estão ficando de fora da elaboração da nossa Estratégia 1. O modelo tem duas dimensões, a geográfica, com três níveis (nacional ou regional, local e individual) e a temporal, com três fases (entradas, processos e resultados). A relação entre esses três níveis geográficos e temporais, forma uma matriz de nove células (3 x 3). Cada uma das células levanta questões críticas para os sistemas de saúde mental[48]. O pressuposto do modelo é o da complexidade dos fenômenos e da multicausalidade dos eventos. A matriz procura então identificar os fatores, concorrentes em diferente níveis dos sistemas de saúde mental, que são cruciais tanto para a compreensão de eventos clínicos, como para o planejamento de políticas ou para o delineamento de uma questão de pesquisa.

48 Os autores consideram que a matriz é aplicável é útil sobretudo para sistemas públicos de atenção à saúde mental. O modelo de matriz considera os seguintes princípios para definir o campo da saúde mental pública: autonomia, continuidade, efetividade, acessibilidade, compreensividade, equidade, responsabilidade, coordenação e eficiência.

Quadro 4 – O modelo de matriz de Tansella e Thornicroft com exemplos de questões chave para cada célula*

	Dimensão temporal		
Dimensão Geográfica	(A) Fase de Entrada	(B) Fase de processo	(C) Fase de resultados
(1) Nível Nacional/Regional	1A Gastos com os serviços Papel da mídia Leis de Saúde Mental Diretrizes governamentais	1B Indicadores de atividades/performance: Taxas de admissão Taxas de ocupação de leitos Taxas de tratamento compulsório	1C Taxas de suicídio População de rua
(2) Nível Local	2A Necessidades da população Características da população Equipe Orçamento	2B Políticas operacionais Padrões de uso do serviço Itinerários terapêuticos Foco em grupos específicos	2C Prevenção secundária e terciária Diminuição local do Estigma Aumento do acesso aos serviços
(3) Nível Individual	3A Levantamento de necessidades individuais Demandas feitas pelos pacientes Demandas feitas pelas famílias	3B Qualidade do tratamento Frequência e duração do tratamento Continuidade do cuidado Auxílio à renda Serviços vocacionais	3C Redução de sintomas Satisfação Qualidade de vida Carga para os cuidadores

*adaptado e traduzido livremente de Tansella e Thornicroft (1998).

Suponha-se, nos convidam Tansella e Thornicroft (1998), que estejamos buscando estudar as causas e os efeitos de episódios de violência praticados por pacientes. A referência da matriz garante que se pesquise todos os níveis - não somente o costumeiro nível individual – para avaliar os episódios. A matriz multinível suporá que tanto causas ou efeitos do episódio de violência possam estar simultaneamente presentes nos níveis nacional/regional ou local e nas fases de entrada, processo e resultado do sistema. Falta de treinamento de pessoal (célula 2B) e um contexto de uma política de baixo investimento nos serviços comunitários de saúde mental (célula 1A), por exemplo, podem ser identificadas como fraquezas do sistema relacionadas ao tais episódios de violência (TANSELLA & THORNICROFT, 1998).

Da mesma forma, a matriz nos ensina, ao tomarmos o acesso como dimensão chave para a avaliação dos serviços, que as multicausas do acesso estarão presentes em vários níveis e em várias fases do sistema e que o aumento do acesso aos serviços, um resultado que seria típico do nível local (célula 2C), deve ser visto como fruto de um processo que também é afetado por ações do nível nacional/regional e do nível individual. Ao nos referenciarmos na matriz para enxergarmos operacionalmente o nosso bom CAPS – aquele busca aumento de acessibilidade (célula 2C), e qualidade de atendimento (células 2B e 3B, essencialmente), somos obrigados a perceber todos os outros fatores causadores de aumento de acesso que ficaram de fora, por razões operacionais, da Estratégia 1. Essas são limitações evidentes do nosso processo.

De todo modo, para encontrarmos quais CAPS tinham ao mesmo tempo boa qualidade de atendimento e boa produção, tínhamos a literatura disponível, que informava critérios para a avaliação da qualidade dos serviços; dispúnhamos dos resultados de um questionário que avaliou 214 CAPS da região sudeste a partir de 10 Eixos de questões construídas participativamente (com questões que abordam as células 2B e 3B da matriz de Tansella e Thornicroft); tínhamos ainda contatos com especialistas da mesma região que poderiam nos apontar quais, entre os nossos CAPS, eram *bons* CAPS. Adotamos então as seguintes ações:

a) Tratamos o banco de dados, de forma a trabalharmos apenas com questionários confiáveis, isto é, questionários que apresentassem coerência interna de respostas na seção de resultados. Foram eliminados casos com respostas extremas[49] nessa mesma seção.

b) Elegemos 36 variáveis[50] presentes no questionário aplicado na pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental;* pontuamos cada uma das variáveis, de forma que maior pontuação expressasse melhor desempenho diante de valores do campo da saúde pública e da avaliação de serviços de saúde[51] e geramos um *escore de qualidade provisório* para os CAPS.

49 Foram considerados confiáveis 123 questionários (123 casos); destes, 17 (casos extremos) foram eliminados (a partir do número de usuários em atendimento intensivo no mês, do número de usuários em atendimento semi-intensivo no mês e do número de usuários em atendimento não intensivo no mês) por estarem acima da amplitude interquartílica.

50 Trinta e seis variáveis, cobrindo nove eixos do questionário (exceção Eixo 10 – Resultados). 1) Carga Horária da Coordenação do CAPS (Questão 20); 2) Tipo de Vínculo Empregatício da Coordenação (Questão 22); 3) Grau de Escolaridade do Coordenador (questão 24); 4) População real a qual o CAPS dá cobertura (Questão 13); 5) Escore para a qualidade da Área Física do CAPS (Questão 26); 6) Acessibilidade do CAPS (Questão 27); 7) Escore para a qualidade dos Insumos do CAPS (Questão 29); 8) Modo de fornecimento de medicamentos (Questão 30); 9) Escore para os Recursos Humanos do CAPS (Questão 31); 10) Frequência de Reuniões de Equipe (Questão 32); 11) Frequência de assembleias (Questão 37); 12) Mecanismos para acolher queixas de sobretrabalho (Questão 41); 13) Qualidade do financiamento do CAPS (Questão 42); 14) Participação de Controle Social do SUS (Questão 43); 15) Acolhimento (Questão 48); 16) Projeto Terapêutico Individual (Questão 53); 17) Escore de avaliação da oferta terapêutica (Questão 55); 18) Frequência das reuniões com familiares (Questão 59); 19) Frequência de visitas domiciliares (Questão 60); 20) SRT vinculado ao CAPS (Questão 63); 21) Atenção à crise (Questão 65); 22) Acompanhamento da crise incluindo familiares (Questão 72); 23) Regulação de leitos (Questão 74); 24) Articulação intersetorial (Questão 76); 25) Relação com a Atenção Básica (Questão 77); 26) Frequência de reuniões com a Atenção Básica (Questão 78); 27) Frequência de supervisão (Questão 83); 28) Escore para a abrangência da supervisão (Questão 84); 29) CAPS como campo de estágio para graduação (Questão 91); 30) CAPS como campo de prática para especialização ou residência (Questão 92); 31) Oficinas anuais de planejamento (Questão 102); 32) Carga horária dos trabalhadores para participação em eventos (Questão 104.1); 33) Benefícios salariais para capacitação (Questão 104.5); 34) Incentivo à produção técnico-científica (Questão 104.9); 35) Existência de pesquisa formal que tem o CAPS como objeto (Questão 105); 36) Existência de biblioteca (Questão 106).

51 As 36 variáveis foram escolhidas a partir da coleção de indicadores recolhidos nos processos de avaliação de CAPS, comentados no capítulo 2, mas sobretudo a partir dos parâmetros desenvolvidos pela pesquisa *Modelo Comunitário*, que subsidiaram a aplicação de um instrumento específico de avaliação (anexo2).

c) Perguntamos, através de mensagem eletrônica, a 10 especialistas (notórios trabalhadores do campo da saúde mental, sediados na região sudeste) quais CAPS da sua região eram por eles considerados *bons* CAPS[52].

d) Buscamos correlações estatísticas entre *o escore de qualidade provisório*, a *produção dos serviços*[53] e a *opinião dos especialistas*.

Triangulação é uma dinâmica de investigação que busca, grosso modo, o cruzamento de múltiplos pontos de vista sobre o objeto. Supõe o emprego de técnicas de coleta variadas, informantes diversos, e sobretudo a superação da dicotomia quali/quanti, pretendendo assim aumentar a validade dos achados (MINAYO et al, 2005). A construção de escores de qualidade para os serviços, aliada à consulta a especialistas sobre os *bons* CAPS de sua região, pretende garantir que ganhemos a confiança, ao final das ações, de estarmos diante de *bons* CAPS. A busca por correlações estatísticas, por sua vez, pretende compreender melhor o comportamento das variáveis de qualidade que criamos (escore de qualidade provisório e opinião de especialistas) em relação à produção dos serviços.

Procura-se correlacionar variáveis para sabermos se duas características variam juntas, isto é, se estão associadas. Existe uma relação entre o *escore de qualidade provisório* e a *produção dos serviços*? Existe uma relação entre o *escore de qualidade provisório* e a *opinião dos especialistas*? É isto que desejávamos saber quando buscamos um coeficiente de correlação (no nosso caso, o coeficiente de correlação de Pearson (r)). Lembremos que o coeficiente de correlação indica tanto a direção da associação das variáveis (positiva, quando as variáveis crescem juntas, e negativa, quando uma cresce enquanto a outra decresce) como a intensidade da associação (forte na medida em que o coeficiente se aproxima de 1 ou -1).

O processamento dos dados[54] mostrou que o coeficiente de correlação entre o *escore de qualidade provisório* e a *produção dos serviços*, embora positivo, era fraco[55] (r= 0,333). Também

52 Recebemos 8 respostas, que, juntas, indicavam 21 bons CAPS na região Sudeste. Destes, 11 fizeram parte da pesquisa *Modelo Comunitário.*

53 Entendida aqui como apenas composta pelo item: a) número de usuários em atendimento no mês.

54 Todos os dados foram processados através do software IBM SPSS Statistics 20.

55 Os parâmetros para a leitura do Coeficiente de Pearson variam entre os autores. Dancey e Reidy (2006) classificam

era fraca, embora o coeficiente fosse positivo, a intensidade da correlação entre o *escore de qualidade provisório* e a *opinião de especialistas* (r= 0,367). Isto significava que, embora variassem juntos, de forma geral (enquanto o escore de qualidade crescia, crescia a produção dos serviços, por exemplo), existiam muitos casos discrepantes, distantes da reta que representa a relação entre as variáveis no gráfico de dispersão dos dados, por exemplo. Como o *escore de qualidade provisório* era uma variável composta por 36 itens somados, cabia estudar quais desses 36 itens se associavam mais fortemente à *produção dos serviços* e quais desses 36 itens se associavam mais à *opinião de especialistas*. Isto gerou um novo escore de qualidade, que passaremos a chamar de *escore de qualidade final,* composto por 8 variáveis[56], todas elas com associações consideradas moderadas ou médias em relação à *produção dos serviços* e/ou à *opinião de especialistas*.

Esse novo conjunto de oito variáveis (que formaram o *escore de qualidade final*) demonstraram ter maior dependência estatística em relação à *produção dos serviços* (r = 0,424); e ter maior dependência estatística em relação à *opinião de especialistas* (r = 0,430).

Assim, quanto maior a presença desses oito fatores, isto é, quanto mais presente a articulação do CAPS com um Serviço Residencial Terapêutico (fator 1), quanto maior a participação da família no manejo de uma crise pelo CAPS (fator 2), quanto melhor for a articulação intersetorial (fator 3), quanto mais frequente as reuniões do CAPS com a Atenção Básica (fator 4), quanto mais frequentes as reuniões de supervisão (fator 5), quanto mais presente o CAPS como campo de estágio para a graduação (fator 6), quanto mais presente o incentivo à produção técnico-científica no CAPS (fator 7) e quanto mais presente a pesquisa formal no CAPS (fator 8), maior será a nota do serviço e maior será a sua produção, sendo que essa associação deve ser vista como moderada ou média. A opinião dos nossos especialistas também parece variar moderadamente a partir desses fatores.

Há muitas incertezas associadas a esses resultados, incertezas dadas pela própria noção de associação moderada ou média. Esta fotografia, no entanto, pareceu descrever razoavelmente o que se passa nos serviços. Muito embora a boa produção, seja, em tese, expressão de boa acessibilidade,

---

como fraca a intensidade da correlação quando r = 0,10 até 0,30; moderada quando r = 0,40 até 0,60; e forte quando r = 0,70 ou é maior. Cohen (1988), por sua vez, indica que quando r = 0,30 até 0,49, a intensidade da associação deve ser considerada média. Será forte quando r é maior ou igual a 0,50.

56 1) SRT vinculado ao CAPS (Questão 63); 2) Acompanhamento da crise incluindo familiares (Questão 72); 3) Articulação intersetorial (Questão 76); 4) Frequência de reuniões com a Atenção Básica (Questão 78); 5) Frequência de supervisão (Questão 83); 6) CAPS como campo de estágio para graduação (Questão 91); 7) Incentivo à produção técnico-científica (Questão 104.9); 8) Existência de pesquisa formal que tem o CAPS como objeto (Questão 105).

bons CAPS não necessariamente a buscam. A associação moderada entre o *escore de qualidade final* e a *produção dos serviços* indica justamente que existem muitos casos onde qualidade e produção variam juntas (quanto maior uma, maior outra), mas indica também que existem casos de alta qualidade e baixa produção e casos de baixa qualidade e alta produção. Do mesmo modo, a moderada associação entre a *opinião de especialistas* e o *escore de qualidade final* indica a complexidade dos fatores envolvidos na indicação de um CAPS como um *bom CAPS* por um estudioso do campo da saúde mental (nesse sentido, note-se a ausência de associação entre a *indicação do especialista* a *produção dos serviços*, r =0,01).

Nosso objetivo com a Estratégia 1, não nos esqueçamos, era identificar *bons CAPS* com boa produção (já que produção baixa não deveria se associar, segundo as nossas premissas, a um *bom CAPS*). Se é assim, poderíamos afastar da nossa lente os casos indesejáveis, aqueles que não poderiam nos ajudar a construir um quadro de referência para a leitura da produção dos CAPS. Poderíamos então retirar da nossa visada os casos de alta qualidade e baixa produção e casos de baixa qualidade e alta produção.

Para esta operação, duas ações foram escolhidas:

a) retirada dos 15 casos que tinham o *escore de qualidade final* acima da média (> 0,8491) e a *produção dos serviços* (número de usuários em atendimento no mês) abaixo da média (< 178,6321).

b) retirada dos 15 casos que tinham o *escore de qualidade final* abaixo da média (<0,8491) e *produção dos serviços* (número de usuários em atendimento no mês) acima da média (>178,6321).

Ficamos assim com um conjunto de dados com 76 casos que necessariamente deveriam apresentar uma boa associação entre *produção dos serviços* (número de usuários em atendimento por mês) e o *escore de qualidade final*. De fato, nesse conjunto de dados a associação entre esses dois fatores é forte (r = 0,688). É deste conjunto que retiramos os casos que utilizamos para a construção do quadro de referência.

Para escolhê-los, mais duas ações:

a) Seleção de todos os casos com *escore de qualidade final* acima do 3º quartil, isto é, acima de 3,75.

b) Exclusão dos casos onde o CAPS recebeu nota -2 ou -1 no item 5 (significando ausência ou irregularidade de supervisão institucional) que compõe o *escore de qualidade final.*

Ficamos assim com um rol de 16 CAPS com escores de qualidade altos (entre os 25% mais altos) e produção (número de usuários em atendimento no mês) acima da média dos serviços pesquisados. Seis desses CAPS (37,50%) foram apontados por especialistas do campo da saúde mental da região sudeste como bons CAPS. Todos têm supervisão clínico-institucional. É a partir deste rol de *bons* CAPS[57] que a Estratégia 1 construiu seu dois quadros de referência (quadros 5 e 6), buscando as médias e desvio padrão de todos os itens de produção para cada tipo de CAPS[58].

57 Em que pese termos chegado a uma definição operacional de *bom* CAPS aqui, trata-se de uma definição ainda frágil, construída a partir de variáveis que compõe um instrumento específico de avaliação, não sendo, portanto, neste ponto, universalizável. Uma tarefa emergente, no entanto – a de definir, em diálogo com o campo, o que é, afinal, um bom CAPS - poderia eventualmente contar com esse ponto de partida. A noção de CAPS bom, poderia então ser discutida a partir desses fatores - o *bom* CAPS é aquele que tem supervisão frequente, tem reuniões fequentes com a Atenção Básica, estimula a participação da família no manejo das crises; tem boa articulação intersetorial, é campo de estágio para graduação, estimula a produção técnico-científica de seus profissionais, é campo de pesquisa, é articulado com um Serviço Residencial Terapêutico e tem produção alta.

58 Não foi possível encontrar um CAPSad que cumprisse as exigências da seleção. O escore de qualidade mais alto encontrado para os CAPSad foi 0,00, primeira nota do segundo quartil dos dados.

A Estratégia 2

As operações da Estratégia 2 têm o caráter de um ensaio. Não existem dados disponíveis para estabelecermos com precisão a demanda direta para os CAPS, isto é, o número de pessoas que precisam dos CAPS. A vitória que teremos alcançado executando a somente a Estratégia 1, isto é, a de construir referências úteis, identificando a produção de *bons* CAPS, ficaria muito pálida, no entanto, se não juntássemos a ela referências sobre a expectativa de demanda. Entendemos então a Estratégia 2 como um exercício necessário. Um ensaio que pode nos aproximar da questão da demanda para os CAPS. Como se verá, partiremos essencialmente de dados secundários[59], isto é, de dados que nem foram produzidos por esta tese e nem foram produzidos para atender a este exercício (dados sobre prevalência e acesso, apresentados no capítulo 1). Nossas hipóteses, então, são apostas, a partir desses dados, sobre o funcionamento do território, apostas que precisamos fazer para procurarmos entender melhor a produção atual dos *bons* CAPS. Com isto, procuramos desenhar, mesmo que aproximadamente, o cenário que acolhe a produção dos CAPS. Assumimos assim os riscos do ensaio buscando alcançar uma referência, mesmo que provisória, sobre a demanda.

Para compreender o problema da demanda para os CAPS era preciso construir um modelo que explicitasse as relações da população com o sistema de atenção à saúde mental. A pirâmide de Goldberg e Huxley (1980) nos auxiliou, nesse sentido, a criar um esquema artesanal para responder a pergunta: qual é a demanda do território para o atendimento direto nos CAPS?

Lembremos rapidamente de alguns pressupostos da pirâmide. O número *natural* de pessoas com transtornos mentais na comunidade é muito maior que o número de pessoas que efetivamente estão em atendimento no nível secundário de atenção (nos CAPS, por exemplo). Estas diferenças se devem a barreiras de acessibilidade e a perda de usuários pelo sistema: existem pessoas com transtornos mentais que não buscam atenção no sistema de saúde; há um número considerável de casos que são tratados no nível primário de atenção; há casos não identificados pelo nível primário de atenção.

59 A Estratégia 2 também trabalha com um dado primário, o número de pessoas atendidas por CAPS considerados *bons*, dado obtido através da Estratégia 1.

Como desejávamos construir um modelo para estimar a demanda direta para os CAPS, era preciso observar os pressupostos da pirâmide, sem, no entanto, construí-la. Isto, porque para um modelo que queira pensar demanda, não há que se considerar perdas. Para isto, um pequeno esquema nos serviu provisoriamente. Ele supôs que:

Uma parte da comunidade adulta e da comunidade infantil têm transtornos mentais importantes, de forma que necessitam de atenção diária.

Entre esse grupo:

- uma parte encontra tratamento nos serviços privados;
- uma parte está sob cuidados familiares ou percorre itinerários terapêuticos fora do SUS;
- uma parte está em tratamento exclusivo na atenção primária, se relacionando indiretamente com os CAPS através do matriciamento;
- uma parte está em tratamento na atenção secundária com cuidados resolutivos em ambulatórios gerais, de especialidades, hospitais gerais, ambulatórios nos hospitais gerais, podendo se relacionar indiretamente com o CAPS ou não;
- uma parte apoia-se em serviços da intersetorialidade, matriciados ou não pelos CAPS, e
- uma parte apresenta uma demanda direta para os CAPS.

Para desenvolver esse esquema exploratório, começamos por estimar o número de pessoas com transtornos mentais que estão na comunidade. Sabemos que não existem números precisos para realizarmos esta estimativa. Sabemos também que a prevalência de pessoas com transtornos mentais pode variar muito entre regiões ou territórios, especialmente nas grandes cidades e em cenários de violência ou de desvantagem socioeconômica (LESAGE, 2010). Lembremos também que não desejávamos estabelecer uma estimativa de prevalência para todos os transtornos mentais mas apenas para aqueles casos, que por suas características e circunstâncias, demandam um serviço de atenção diária[60]. Consideradas essas advertências, nossa melhor aposta foi eleger as estimativas

60 Sabemos que os CAPS não devem se encarregar apenas dos TMSP, mas zelar por toda a demanda presente no território, o que significa certamente ou atender ou apoiar o atendimento dos Transtornos Mentais Comuns. Em que pese o fato desse mandato ser importante para a discussão da acessibilidade aos CAPS, essa discussão ainda está

preparadas por Lesage (2010) para o planejamento de serviços públicos, para o tratamento, reabilitação e prevenção em saúde mental (ver o quadro 1 na página 28). Esta proposta nos interessa não somente porque identifica os locais estratégicos de atenção na rede para os Transtornos Mentais Severos e Persistentes [61]– mas porque leva em conta um sistema de saúde mental estruturado, tal como o SUS, e está em acordo com as tendências identificadas em outros estudos, inclusive os que pretendem identificar prevalências no Brasil (MARI, JORGE & KOHN, 2007).

Tomamos então as prevalências das Doenças Mentais Severas e Persistentes (0,5%), Severas (1%) e Sérias (3,5%) - todas atreladas a serviços especializados, segundo o modelo de Lesage (2010) – e consideramos a hipótese de que *5% da população adulta brasileira seria a clientela potencial "natural" para os Centros de Atenção Psicossocial para adultos.* Esta seria toda a demanda *natural* de adultos para os CAPS - note-se que a maioria esmagadora das prevalências ou estimativas para transtornos mentais são válidas para "adultos" de 15 a 59 anos (SIQUEIRA & SANTOS, 2010), e que os adultos a partir de 15 anos representam cerca de 74% da população brasileira (IBGE, 2015).

Tomamos também os dados de Georgides e Boyle (2010) para estimar a percentagem de crianças com transtornos mentais importantes (cientes da sobreposição populacional, uma vez que estas estimativas foram calculadas pelos seus autores para a população que vai de 5 a 19 anos[62]) e assumimos a hipótese de que *5% da população entre 5 e 19 anos[63] seria a clientela potencial "natural" para os Centros de Atenção Psicossocial Infantis.*

É imperioso assumir, nos termos do Sistema Único de Saúde, que os CAPS são serviços que devem tomar o universo pleno do seu território como clientela potencial (DELGADO, 1999). Os dados disponíveis nos informavam, no entanto, que a região sudeste é a que menos utiliza o SUS – apenas 59,5% da população dessa região utiliza o sistema (PORTO ET AL, 2011). A pesquisa da ABP (2007), de abrangência nacional, informava, por sua vez, que uma boa fatia das pessoas que relataram doença mental na família (21,4%) buscou tratamento através de plano de saúde ou de desembolso direto. Muito embora não seja possível estabelecer a vulnerabilidade específica dos Transtornos Mentais Severos e Persistentes para o mercado dos serviços privados de saúde, nossa

por se construir – não será possível, aqui, identificarmos os elementos para a identificação dessa demanda.

61 Lesage trabalha, a rigor, com a noção de Doenças Mentais Severas e Persistentes, Severas e Sérias.

62 Os procedimentos constantes da Portaria SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012, também supõe sobreposição populacional – a maioria dos procedimentos pode ser executada por todos os tipos de CAPS, para usuários que vão de 0 a 110 anos.

63 Note-se que 26% da população brasileira é composta por pessoas entre 5 e 19 anos (IBGE, 2015).

melhor estimativa para construir nosso modelo foi supor que *cerca de 20% da clientela potencial "natural" para os CAPS deve ser absorvida pelos serviços privados.* Isto reduz a demanda real para os CAPS, embora não reduza sua responsabilidade sanitária.

Sabemos que existem casos de pessoas com transtornos mentais que não precisaram ser tratados ou que seguiram outros itinerários terapêuticos fora do SUS e dos serviços do mercado privado da biomedicina. A pesquisa da ABP (2007), cujo tema é acessibilidade, nos informa que 6% das pessoas que relataram doença mental na família não procuraram tratamento. Podemos supor, no entanto, que pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes tendem a procurar mais ajuda do que pessoas com outros tipos de doença mental (WILLIAMS & WILKINSON, 1990). Não existem dados objetivos, por outro lado, para estimarmos a utilização exclusiva de outros itinerários terapêuticos. Sendo assim, a hipótese de trabalho aqui é conservadora. Assumimos que *5% da clientela potencial natural para os CAPS é absorvida pela comunidade, por cuidados familiares ou por sistemas terapêuticos fora do SUS e do mercado privado da biomedicina.*

Nosso esquema contempla também a relação das pessoas com transtornos mentais importantes com a Atenção Básica. Não existem bases sólidas para estimarmos quantas pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes são tratadas apenas no nível da atenção básica no Brasil, embora seja possível supor um grande aumento nessa prática nos últimos anos (FORTES ET AL, 2014). Dados do Reino Unido informam que cerca de 30% das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes recebem todo cuidado apenas no nível primário (LESTER ET AL, 2004; HAGUE & COHEN, 2005). Considerando que a cobertura do PSF é especialmente baixa na região Sudeste (51,27%)[64] , nossa melhor aposta foi a de que *cerca de 20% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes são integralmente tratadas pelo nível da atenção básica.*

Sabemos que o CAPS deve ser responsável por toda a população com Transtornos Mentais Severos e Persistentes - esta é a sua clientela *natural*, sua responsabilidade sanitária. O modelo que construímos precisava apontar para o fato de que uma parte dessa clientela, no entanto, está adormecida e não se apresenta como demanda para os CAPS no dia a dia – trata-se das pessoas em tratamento no sistema privado e das pessoas que são acolhidas na comunidade ou tratadas fora do sistema biomédico. Outra parte dessa clientela *natural* irá se relacionar, por sua vez, direta ou indiretamente com os CAPS.

64 Os Estado do Rio de Janeiro, com 48,94% de cobertura e o de São Paulo, com 38,32% de cobertura, contribuem especialmente para a baixa cobertura da região. Registre-se que a cobertura das ESF em Minas Gerais é de 78,66% e de 61,57% no Espírito Santo (BRASIL, 2015).

Entre a clientela que se relaciona *indiretamente* com os CAPS está toda a população em tratamento exclusivo na Atenção Básica – que se relacionará com o CAPS através de apoio matricial ou cuidados colaborativos (ATHIÉ ET AL, 2013; FORTES & BALLESTER, 2012; ONOCKO-CAMPOS ET AL, 2011). Estima-se, porém, que toda uma outra população em atendimento na rede secundária de atenção, em serviços de média complexidade, irá também se relacionar com o CAPS indiretamente.

Ambulatórios gerais, de especialidades, hospitais gerais, ambulatórios nos hospitais gerais e serviços de apoio a saúde mental de pacientes idosos, por exemplo, podem ser resolutivos, tendo seus usuários relacionando-se (indiretamente) ou não com os CAPS (DALGALARRONDO E BOTEGA, 2003; BRASIL, 2012a; MARI & JORGE, 1997). Ainda, podem relacionar-se indiretamente com o CAPS toda a clientela de pacientes mais estáveis, que são atendidos em dispositivos intersetoriais (serviços da assistência social, ONGs, escolas), ou que oferecem suporte, orientação e educação em saúde para pais e para responsáveis, sobretudo no universo infantil (COUTO ET AL, 2008). Pessoas com transtornos mentais no sistema penitenciário também podem se relacionar indiretamente com os CAPS, através do matriciamento das equipes de saúde no sistema penitenciário (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004b; BARROS-BRISSET – 2010; DINIZ, 2013).

Muito embora essas relações sejam descritas, de uma forma ou de outra na literatura, nos dando bases para esta hipótese de trabalho, não existem dados que suportem a construção de uma estimativa do número de pessoas que se relacionem indiretamente com os CAPS. Era preciso estimar esse número (por eliminação) a partir do número de pessoas que estão em relação direta de demanda para os CAPS.

Para estimar o número de pessoas que demandam diretamente os CAPS, nos valemos dos nossos dados primários (respostas dos CAPS investigados sobre o número de pessoas atendidas), e de duas noções mais gerais: 1) a de que o acesso à atenção à saúde e à atenção à saúde mental aumentou nos últimos anos (PAIM ET AL, 2011; ASSIS ET AL, 2014), tendo chegado a 72% de cobertura em saúde mental (BRASIL, 2012b) e 2) a de que persiste um *gap,* uma lacuna de tratamento (KOHN ET AL, 2004) na atenção às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

Nossa melhor aposta de trabalho, a partir do nosso esquema exploratório, foi a de que, para os CAPS I, II, III e infanto juvenis, devíamos considerar como demanda direta a produção dos *bons* CAPS (Estratégia 1), acrescidas de uma suposta lacuna assistencial)[65]. Esses procedimentos geraram o quadro de referência da Estratégia 2 (quadro 7), que veremos adiante, junto aos principais resultados da *Pesquisa Modelo Comunitário* e aos quadros de referência construídos pela Estratégia 1 (quadros 5 e 6).[66]

Neste ponto uma observação necessária sobre a tentativa de conhecer a demanda para os CAPS infantis. Dados sobre prevalência, demanda e sobre os sistemas de atenção às crianças com transtornos mentais importantes tendem a ser pouco abrangentes e rigorosos e quase não estão presentes na literatura disponível (BIRD & DUARTE, 2002) – em parte porque quase não existem políticas específicas de atenção à saúde mental de crianças e adolescente no mundo (COUTO EL AL 2008). Utilizamos então as hipóteses que formulamos para a população adulta para conhecer a demanda para os CAPS infantis, cientes da imprecisão ainda maior que terão nossos achados neste caso. O risco é o de nos afastarmos demais da realidade desses serviços, ao passo de que a vantagem é ter alguma referência para pensarmos a sua produção, tirando-os de uma frequente invisibilidade.

65 A lacuna de tratamento pode estar em qualquer lugar do sistema, ou mesmo distribuída pelos vários cenários do sistema. Estamos optando por aplicá-la diretamente ao CAPS, considerando a média de produção dos bons serviços, por ser dele a responsabilidade sanitária de organização da demanda em saúde mental do território. Esta opção é, em verdade, otimista, pois supõe que não há lacunas de tratamento nos outros níveis (sistema, privado, atenção básica, etc.). Ao estabelecermos hipóteses sobre a demanda para os diversos níveis de atenção, por outro lado, fomos conservadores. Todas as decisões da metodologia são apostas para a determinação de um cenário complexo.

66 Como não foi possível estabelecer a produção de bons CAPSad na Estratégia 1, também esses tipos de CAPS ficaram prejudicados na Estratégia 2.

Capítulo 4

Discussão dos Resultados

Com o intuito de oferecer uma visão geral, uma fotografia dos CAPS investigados na pesquisa *Modelo Comunitário,* apresentaremos a seguir um apanhado dos dados de estrutura, processo e resultado dos serviços, extraídos do Relatório da Pesquisa *Modelo Comunitário* (NUPPSAM, 2014). Em destaque as variáveis escolhidas para compor o nosso *escore de qualidade final* (Estratégia 1) – além de 10 variáveis específicas da seção de resultados. Estudar essas informações será útil para abordarmos o cenário atual dos CAPS dos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, cenário onde operam os CAPS que consideramos *bons* para a construção dos nossos quadros de referência, e para nos depararmos com o problema geral da ausência de parâmetros para a avaliação da produção dos serviços. Os principais resultados estruturados segundo os quatro perfis territoriais definidos pela pesquisa *Modelo Comunitário* (A, B, C e D) serão apresentados aqui em pequenas caixas de texto.

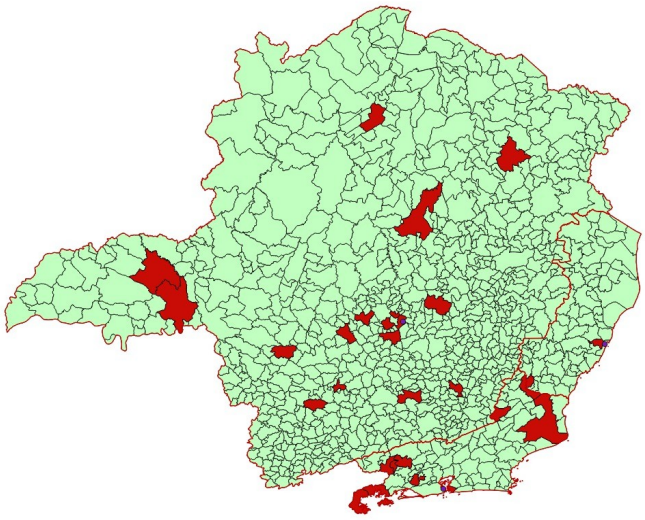
Em seguida, discutiremos os quadros de referência para a leitura da produção dos CAPS, fruto do percurso metodológico de construção da tese, com as suas Estratégias 1 e 2, e apresentaremos chaves de leitura para a interpretação desses dados. Esperamos poder, nessa subseção, estabelecer seus modos de uso e suas limitações.

O cenário geral dos CAPS de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro

Os serviços investigados foram convidados a informar a data, mesmo que aproximada, do início do funcionamento do serviço como CAPS[67]. Isto permitiu a criação de mapas históricos de ocupação do território pelos CAPS investigados desde 2000 a 2012. Abaixo, o mapa de ocupação mais antigo (dos anos 2000) e o mais recente (de 2012). Nestes mapas, são pintados de vermelho os municípios com ao menos um CAPS registrado (figuras 4 e 5).

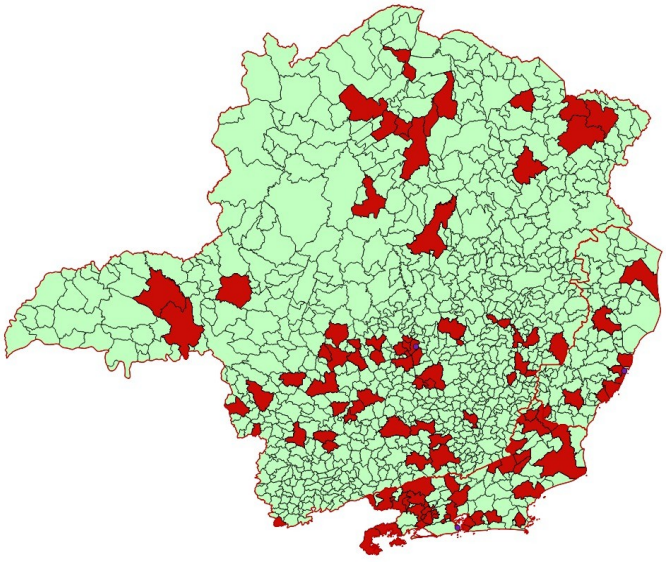
67 Questão 12: "Data de início de funcionamento do CAPS: _____. Considere início do funcionamento a data na qual o CAPS passou a atender usuários. Caso o serviço tenha sido originado de um ambulatório, considere o início de seu funcionamento como um CAPS."

Figura 4 – Ocupação, no ano 2000, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no ano 2000



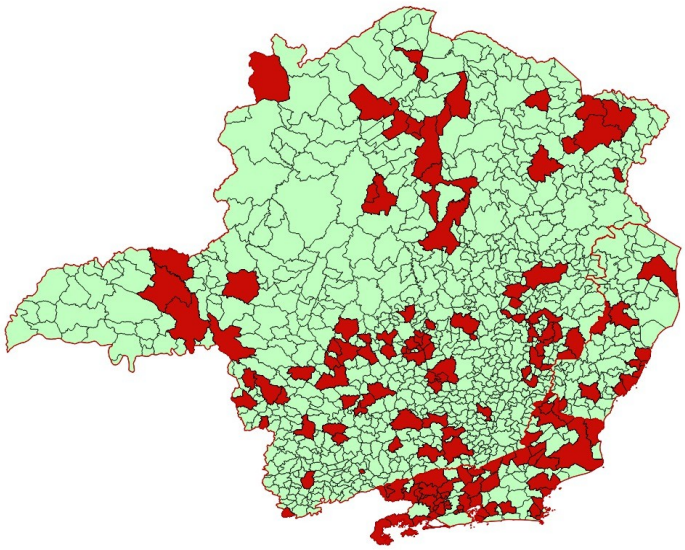
Fonte:Pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*

Figura 5 – Ocupação, no ano 2006, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no ano de 2006



Fonte:Pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*

Figura 6 – Ocupação, no ano 2012, dos CAPS investigados - Mapa dos municípios dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo com Centros de Atenção Psicossocial em funcionamento no ano de 2012



Fonte: Pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede*

Há vazios assistenciais persistentes na região. Há uma certa imprecisão nessa constatação, no entanto. Por um lado, estão registrados aqui os CAPS respondentes da pesquisa, e não a totalidade dos CAPS existentes da região. Por outro, sabe-se que uma parte dos CAPS respondentes também são referência para outros municípios de seu próprio estado (cerca de 41% dos serviços pesquisados estão pactuados com outros municípios). Minas Gerais, por exemplo, colabora muito com este cenário, já que cerca de 65,2% de seus CAPS são referência para mais de um município.

Os vazios assistenciais do Norte e o do Noroeste de Minas Gerais não podem, porém, ser explicados pela imprecisão do nosso registro. Distantes dos centros urbanos, sem instituições formadoras e com incorporação tardia da reforma psiquiátrica, os municípios dessas regiões enfrentam, de fato, o problema da desassistência. O mesmo acontece com o Triângulo Mineiro, com o Sul e Sudoeste de Minas e com os Vales do Mucuri e Rio Doce (MG) – são áreas que também apresentam vazios assistenciais que se perpetuam no tempo. É interessante constatar que toda a região estudada tem poucos CAPS novos implantados (com menos de 1 ano de funcionamento) – estes representaram apenas 7,1% dos respondentes da nossa investigação. A comparação entre as figuras 5 e 6 permite levantar a possibilidade de que a velocidade de implantação de novos serviços esteja caindo na região, apesar dos problemas de assistência constatados.

Caracterização dos respondentes e dos CAPS

A maioria das coordenadoras dos CAPS pesquisados são mulheres (77,8%). Cerca de 30% tem entre 31 e 40 anos, enquanto 27,6% tem entre 41 e 50 anos. Apenas 61% das coordenações dedica 40 horas semanais ao CAPS. Esta variável revela diferenças significativas entre os estados – enquanto 92% das coordenações do Espírito Santo dedicam 40 horas aos serviços, apenas 45% das coordenações do Rio de Janeiro estão neste regime. Cerca de 64% dos respondentes da pesquisa são servidores públicos – destaque para o estado do Rio de Janeiro, com o menor número de servidores na coordenação dos serviços (54,2%). A maioria das coordenações pesquisadas é ocupada por psicólogos(as) – 45,2%, e por enfermeiros(as) - 22,9%. O estado Minas Gerais é o que tem mais enfermeiros(as) nas coordenações – presentes em 32,5% de seus CAPS. Cerca de 60% dos(as) coordenadores(as) têm como maior grau de escolaridade a especialização. Quase a metade dos(as) coordenadores(as) trabalhava no CAPS há menos de um ano, à época da coleta de dados. Quase 70% dos CAPS respondentes da pesquisa foram considerados *antigos* (com 5 ou mais anos de funcionamento).

O território B é o que apresenta as coordenações mais recentes (66,7% das coordenações instaladas há menos de um ano) e sem dedicação integral (apenas 25% dos CAPS desse território tem uma coordenação que trabalha ali 40 horas por semana). Boa parte das coordenações do território B tem vínculos precários de trabalho (cerca de 47% das coordenações desse território ou tem contratos temporários/emergenciais ou são contratadas por ONGs, ou possuem outras relações, que não regidas pela CLT). A maioria dos CAPS do território B é composta por CAPS *antigos*. Este mesmo território destaca-se, por outro lado, por não ter nenhum CAPS recém implantado.

Eixo 1 – Estrutura

Apenas 32,5% dos CAPS pesquisados consideram ter uma *boa* área física (área total do CAPS, consideradas luminosidade, ventilação, ambiente arquitetônico, acessibilidade). Apesar disso, a grande maioria dos serviços considera estar localizada em área acessível, central do território (73,7%). Cerca de 82% dos CAPS serve café da manhã, almoço e lanche da tarde – 9,4% dos CAPS oferecem apenas duas, uma ou nenhuma refeição. Materiais de limpeza e de escritório, assim como computadores, impressora e telefone fixo (com autorização para ligar para celular) estão sempre disponíveis para a maioria dos serviços. Materiais para oficinas, no entanto, são irregularmente fornecidos, assim como insumos para atividades de redução de danos e veículos. Medicamentos

estão sempre disponíveis para a maioria dos CAPS dos estados (embora no estado do Rio de Janeiro apenas 54,2% dos serviços tenham medicamentos sempre disponíveis). Telefones celulares nunca estão disponíveis para o uso da coordenação (em 69,4% dos CAPS), assim como nunca estão disponíveis para o uso da equipe (em 76,6% dos casos). Apenas 55,9% dos CAPS pesquisados atende à legislação vigente relativa aos recursos humanos para os CAPS.

O território B destaca-se em relação à área física dos CAPS. Este é o território que pior avalia a área física de seus serviços. Somente 11,1% das coordenações desses serviços consideram a área física de seus CAPS como *boa*; 30,6% das coordenações do território B, por sua vez, chegam a avaliar a área física desses CAPS como *ruim*. É significativa a diferença entre a avaliação do território B e dos outros territórios da pesquisa.

Eixo 2 – Financiamento, apoio da gestão local do SUS, articulação e sustentabilidade política do CAPS

Boa parte dos CAPS pesquisados afirma não ter elementos para estimar o seu custeio médio mensal (cerca de 54% dos serviços). Apesar disso, 39,6% dos CAPS considera *regular* o repasse de recursos financeiros de origem federal, estadual e municipal. Isto significa que estes CAPS avaliam que estes recursos são investidos apenas parcialmente nos serviços. Em contraponto, 21,8% dos serviços considera esse repasse *excelente* – sendo Minas Gerais o estado que mais contribui para esta avaliação, com 31,5% dos seus serviços optando por esta resposta. Entre os CAPS que têm elementos para estimar seu custeio (apenas 46% dos CAPS pesquisados), cerca de 30% afirma que este varia entre 25 e 40 mil reais mensais; outros 30% afirmam que este custeio é acima de 60 mil reais mensais.

O financiamento dos serviços, apesar de pouco estudado, é um dos fatores responsáveis pelas condições de acessibilidade. Ter uma boa alocação financeira para as políticas de saúde mental, e, além disso, saber *como* e *onde* os recursos são gastos, são condições crucias para o incremento geral da qualidade dos serviços. Os dados permitem levantar a hipótese de que os gestores da região ainda não se apropriaram deste tema.

Em 60,9% dos casos, por exemplo, os CAPS não participam, como membro, de algum Conselho do Controle Social do SUS. Raramente também estão presentes estruturas para a organização política de usuários e familiares e para a sustentabilidade política dos CAPS. Não existe associação de usuários (em 87,4% dos CAPS pesquisados), não existe associação de

familiares (em 91,8% dos casos), e não existe associação mista (de usuários e familiares) em 72,1% dos serviços.

O território B é aquele que menos tem elementos para estimar o custeio mensal dos seus serviços. Quando estima, no entanto, segue a mesma tendência dos territórios C e D, indicando estar na faixa que vai de vinte e cinco a quarenta mil reais mensais de custeio médio.

Eixo 3 – Organização da gestão dos trabalhadores e suas funções

Cerca de 79% dos CAPS realiza reuniões de equipe semanais, que não necessariamente contarão com a presença de profissionais de nível superior ou médio da área administrativa. As assembleias são realizadas mais espaçadamente (23,9% dos CAPS a realizam semanalmente, enquanto 25,4% a realizam mensalmente). Em apenas 17,8% dos CAPS, as assembleias contam com a presença de membros da comunidade. Ainda existem CAPS que não realizam assembleias (15,8% dos serviços pesquisados). As coordenações dos CAPS tendem a considerar que as reuniões de equipe são conduzidas de forma a propiciar uma tomada coletiva de decisões, assim como consideram que todos os integrantes dos serviços têm oportunidades semelhantes para a exposição de ideias nesse espaço – este dado, no entanto, necessita de checagem posterior, dadas as limitações da metodologia da investigação.

Cerca de 67% dos CAPS informam dispor de mecanismos para acolher queixas de seus trabalhadores acerca de sobretrabalho, sobrecarga e exaustividade. A maioria dos serviços (99,5%) privilegia a discussão de casos nas reuniões de equipe como forma de avaliação, monitoramento e supervisão das ações realizadas pelos profissionais do CAPS. Cerca de três quartos dos serviços (67,8%) utiliza o Relatório de Atividades para monitorar as atividades de seus profissionais.

A frequência das reuniões de equipe é significativamente diferente em cada território pesquisado, sendo semanal em 94,7% dos CAPS do território A, mas também semanal em apenas 56,4% dos CAPS do território B.

Eixo 4 – Gestão do cuidado, acolhimento, projetos terapêuticos

Cerca de 73% dos CAPS informa que há acolhimento na chegada do usuário em qualquer dia e horário - 22,6% dos serviços, no entanto, informam ter dias e horários estabelecidos para o acolhimento, embora atendam emergências a qualquer tempo. Listas de espera ainda existem em 9,6% dos serviços. "Estar em situação de extrema vulnerabilidade social e ser portador de transtornos mentais severos" são os principais critérios eleitos pelos CAPS para identificar prioridade máxima de atendimento em cerca de 70% dos serviços. Para 77,2% dos serviços, "ser morador de outro território" é um critério preferencial para encaminhamento de usuários, assim como "ser usuário que pode ser adequadamente acompanhado por ambulatório" (critério prioritário para encaminhamento em 82,7% dos CAPS). Cerca de 84% dos serviços trabalham com técnico de referência, função que pode ser exercida por qualquer profissional da equipe (em 70,9% dos CAPS).

Chama atenção a baixa frequência nos serviços de algumas ofertas terapêuticas. Apenas 35% dos CAPS pesquisados oferecem oficinas de geração de renda; somente 28,4% oferece grupos de medicamento, enquanto poucos serviços (31%) têm dispositivos de acompanhamento alcançável em feriados e fins de semana (sabemos que celulares, regra geral, nunca estão disponíveis para a equipe e para a coordenação). Ações de redução de danos são realizadas em apenas 50,7% dos CAPS e raramente existem equipes volantes de acompanhamento de casos complexos no território (presentes em 38,5% dos casos). O monitoramento clínico cardiológico (através da rede de saúde) de usuários em uso de neurolépticos de segunda geração é realizado somente em 37,7% dos serviços, sendo o estado de Minas Gerais o que mais frequentemente o realiza (em 44,6% de seus CAPS). O balanço da oferta de atividades terapêuticas dos serviços indica que 49,1% dos CAPS tem *oferta razoável* de atividades, enquanto 45,8% deles tem *boa oferta* de atividades.

O território B é o que menos acolhe usuários novos em qualquer dia e horário. Nesse território, é baixo o número de serviços onde todos os usuários têm Projeto terapêutico Individual (PTI), fruto de avaliação de equipe. O território D é o que mais se destaca neste ponto, informando que em 18,9% dos seus CAPS os usuários não têm PTI formulada por equipe de cuidado.

Em apenas 45% dos CAPS *todos os usuários têm um Projeto Terapêutico Individual* (PTI) elaborado pela equipe de cuidado. Todos os estados informam que o grau de participação dos usuários no processo de construção do PTI é apenas *mediano*. Cerca de 36% dos serviços realizam

reuniões mensais com os familiares – em 28,6% dos casos essas reuniões são *semanais* (destaque para o Rio de Janeiro, onde as reuniões com familiares são semanais em 42,7% dos serviços). Os CAPS realizam visitas domiciliares com frequência (mais de 5 visitas por mês em 58% dos casos). Cerca de 32% dos serviços, no entanto, não tem nenhum *dispositivo para o acompanhamento de usuários nos fins de semana e feriados*. Chama atenção o fato de que 69,1% dos CAPS pesquisados não esteja articulado com nenhum Serviço Residencial Terapêutico (tabela 4).

Tabela 4 – Serviço residencial por estado

			Existe algum Serviço Residencial Terapêutico articulado com o CAPS ?		
			não	sim	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	9	4	13
		%	69,2%	30,8%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	87	25	112
		%	77,7%	22,3%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	45	34	79
		%	57,0%	43,0%	100,0%
Total		Frequência	141	63	204
		%	69,1%	30,9%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Eixo 5 – Atenção à crise

Em 72% dos casos, os CAPS atendem, na situação de crise, usuários que estão em tratamento no serviço e outros usuários em situação de crise. Em 17,9% dos CAPS, são atendidos em crise somente usuários que já estão em tratamento no serviço.

As estratégias mais frequentes de acompanhamento das internações psiquiátricas nos CAPS pesquisados são o contato telefônico com o profissional da instituição hospitalar (realizada em 94% dos CAPS), seguida do contato telefônico com a família (realizado por 92,3% dos CAPS). Cerca de 80% dos serviços compartilham o acompanhamento da internação com a equipe da instituição hospitalar. De forma geral, os CAPS apenas orientam seus pacientes sobre o que fazer em caso de emergência, quando o CAPS estiver fechado (57,8%) - cerca de 15 % dos CAPS não tem nenhum dispositivo para o acompanhamento de emergências em fins de semana ou feriados. Cerca de 88% dos serviços apoia a participação das famílias no cuidado do usuários em crise (tabela 5).

Tabela 5 – Participação da família no cuidado do usuário em crise, por estado

			Quanto à participação da família no cuidado ao usuário em crise, assinale a alternativa que melhor descreve o que se passa no CAPS:			
			A família é informada regularmente da situação do paciente e recebe orientações, mas não é solicitada a participar diretamente do manejo da situação de crise	A família, em geral, participa do acompanhamento do paciente em crise, em cooperação com a equipe do CAPS e recebe apoio específico (orientação, entrevistas de suporte)	Em geral, nos casos de crise, não ocorre participação da família no cuidado do paciente	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	1	10	1	12
		%	8,3%	83,3%	8,3%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	12	97	4	113
		%	10,6%	85,8%	3,5%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	5	72	2	79
		%	6,3%	91,1%	2,5%	100,0%
Total		Frequência	18	179	7	204
		%	8,8%	87,7%	3,4%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Alguns CAPS do território B não atendem situações de crise (8,3% dos serviços do território). Os territórios B, C e D, por sua vez, muito frequentemente não têm mecanismos para o acompanhamento de situações de emergência nos fins de semana e feriados.

Quanto ao número de leitos noturnos, cerca de 81% dos CAPS III e CAPSad III pesquisados consideram que seja insuficiente. Quase que a totalidade desses serviços (93,3%), no entanto, não tem seus leitos de acolhimento noturno regulados por uma Central de Regulação. De fato, 41,3% dos CAPS pesquisados (de todos os tipos) não realizam articulação sistemática com a rede de emergência e o SAMU 192.

Este dado chama atenção por indicar, pela falta de articulação adequada dos CAPS com o sistema pré-hospitalar de urgência, que o manejo das crises pode ser ainda muito falho na região estudada. Esta fragilidade real, além de indicar problemas de acesso, pode trazer consigo outros riscos na medida em que cria a sensação de insuficiência de leitos.

Eixo 6 – Ações territoriais e articulação intersetorial

Considera-se que a maioria dos CAPS pesquisados tem uma experiência intersetorial *fraca* (56,2%), isto é, tem poucas e pontuais articulações com setores como Assistência Social, Educação, Justiça, Segurança Pública, Esporte e Lazer e Trabalho e Economia Solidária (tabela 6). Tema eixo

da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial, a discussão da intersetorialidade, que afirma o campo da saúde mental como intrinsecamente multidimensional e interdisciplinar, parece ainda não ter pressionado os CAPS na sua prática. Os dados permitem supor – com apenas 6,5% das experiências consideradas *muito fortes* ou *fortes* - que a prática intersetorial ainda é rara na região (tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação de experiência setorial dos CAPS por estado

			Experiência intersetorial					
			Muito Forte	Forte	Regular	Fraca	Muito Fraca	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	0	1	0	8	3	12
		%	0,0%	8,3%	0,0%	66,7%	25,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	1	4	21	56	27	109
		%	,9%	3,7%	19,3%	51,4%	24,8%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	1	6	7	49	17	80
		%	1,3%	7,5%	8,8%	61,3%	21,3%	100,0%
Total		Frequência	2	11	28	113	47	201
		%	1,0%	5,5%	13,9%	56,2%	23,4%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Tabela 7 – Periodicidade das reuniões com profissionais da Atenção Básica por estado

			Em relação às ações de saúde mental na atenção básica, assinale a periodicidade com que o CAPS faz reunião com profissionais da AB/ESF/PACS:							
			Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimensal	Semestral	Anual	Não realiza	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	1	0	5	2	1	0	3	12
		%	8,3%	0,0%	41,7%	16,7%	8,3%	0,0%	25,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	10	2	27	15	18	7	31	110
		%	9,1%	1,8%	24,5%	13,6%	16,4%	6,4%	28,2%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	9	5	19	11	5	2	29	80
		%	11,3%	6,3%	23,8%	13,8%	6,3%	2,5%	36,3%	100,0%
Total		Frequência	20	7	51	28	24	9	63	202
		%	9,9%	3,5%	25,2%	13,9%	11,9%	4,5%	31,2%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Em relação à articulação com a Atenção Básica/ESF, os dados revelam existir articulação *regular* em 66,4% dos casos. Apesar disso cerca de 31% dos CAPS não realiza reuniões com profissionais da AB (tabela 7). O atendimento conjunto com profissionais da Atenção Básica não pode ser considerado comum – 42,9% dos serviços não o realizam. A capacitação em saúde mental dos profissionais de AB, por sua vez, não é realizada em 47,7% dos CAPS pesquisados. De todo modo, 79,2% dos serviços informam possuir um mapeamento *bom ou parcial* dos equipamentos sociais de seu território – 56,2% dos CAPS acreditam ser conhecidos pela maioria dos moradores da sua área de abrangência.

Eixo 7 – Supervisão e formação permanente

O cenário da supervisão nessa região onde é grande o número de instituições formadoras, é preocupante. Quase a metade dos CAPS (49%) investigados não tiveram supervisão clínico institucional no ano pesquisado (tabela 8). O estado do Espírito Santo se destaca, com 69,2% dos CAPS sem supervisão. Quando a supervisão existe, no entanto, ela pode ser considerada *abrangente* (isto é, discute, além de casos clínicos, o contexto institucional do serviço, a rede de saúde, as tensões internas, as políticas públicas) e a remuneração é regularmente assegurada pela gestão (em 68,3% dos casos). O financiamento realizado pelo Ministério da Saúde, através de editais, atende apenas a 34,7% dos CAPS pesquisados – cerca de 46% deles sequer encaminham projetos a este financiador. Em apenas 50,4% dos serviços onde há supervisão, a escolha do(a) supervisor(a) foi feita através de discussão e consenso da equipe. A grande maioria (56,9%) dos(as) supervisores(as) é psicólogo(a), além de profissional com grande experiência no sistema público de saúde (38,3%).

Tabela 8 – Presença da atividade de supervisão clínico institucional por estado

			Com qual frequência o CAPS contou com a atividade de supervisão clínico-institucional no ano de 2012?						
			não houve supervisão clínico-institucional	semanal	quinzenal	mensal	bimensal	não houve supervisão regular, mas apenas alguns encontros com esta finalidade	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	9	0	0	0	2	2	13
		%	69,2%	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%	15,4%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	54	5	9	13	6	23	110
		%	49,1%	4,5%	8,2%	11,8%	5,5%	20,9%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	37	20	9	1	0	14	81
		%	45,7%	24,7%	11,1%	1,2%	0,0%	17,3%	100,0%
Total		Frequência	100	25	18	14	8	39	204
		%	49,0%	12,3%	8,8%	6,9%	3,9%	19,1%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

A tabela 9 traz a frequência e a percentagem de algumas ações - realizadas pela gestão local do SUS ou pelo CAPS - relacionadas a processos de capacitação de profissionais. Nela observa-se que cerca de 68% dos serviços pesquisados disponibiliza carga horária mensal de seus profissionais para a participação em eventos, ao passo que apenas 54,4% deles disponibiliza carga horária mensal dos profissionais para a realização de cursos de pós-graduação. Diárias e passagens são oferecidas aos profissionais por apenas 47,7% dos serviços. Benefícios salarias por capacitação são raros: apenas 12,4 % dos CAPS os oferecem.

Tabela 9 – Ações realizadas pela gestão local do SUS e/ou do CAPS para capacitação dos profissionais, por estado

Ações realizadas pela gestão local do SUS e/ou pelo CAPS		Espírito Santo	Minas Gerais	Rio de Janeiro	Total
Disponibilização de carga horária mensal dos profissionais para a participação em eventos :	Frequência	9	66	58	133
	%	75,0%	62,3%	74,4%	67,9%
Disponibilização de carga horária mensal dos profissionais para participarem de curso de pós-graduação:	Frequência	8	57	40	105
	%	72,7%	54,3%	51,9%	54,4%
Pagamento de passagens e diárias para a participação de profissionais em eventos fora do município :	Frequência	6	58	29	93
	%	54,5%	54,7%	37,2%	47,7%
Manutenção de grupo de estudos em horário regular de trabalho:	Frequência	1	40	18	59
	%	9,1%	37,4%	23,7%	30,4%
Benefícios salariais para capacitação:	Frequência	1	16	7	24
	%	9,1%	15,1%	9,2%	12,4%
Realização de seminários internos de caráter técnico-científico, com a participação de usuários e familiares :	Frequência	2	28	14	44
	%	16,7%	26,4%	18,2%	22,6%
Realização de seminários externos de caráter técnico-científico, com a participação de outros setores da saúde e intersetorialidade:	Frequência	5	51	48	104
	%	45,5%	47,7%	63,2%	53,6%
Participação em encontros científicos de saúde mental organizados no âmbito regional (reunindo vários municípios):	Frequência	9	60	53	122
	%	81,8%	57,1%	69,7%	63,5%
Incentivo à produção, divulgação e publicação de trabalhos técnico-científicos produzidos pela equipe do CAPS:	Frequência	2	22	24	48
	%	18,2%	21,0%	31,6%	25,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos

É do território B a maior percentagem de serviços que não tiveram atividade de supervisão institucional no ano de 2012 (61,1% dos casos). O território D também chama atenção nesse sentido: além de apresentar uma porcentagem alta de serviços sem supervisão no ano de 2012 (59,5%), ele mostra que, entre os seus serviços que tiveram supervisão, 18,9% deles a tiveram com frequência irregular, esta tendo sido apenas eventual. O território B também se destaca por não ter articulação com a Atenção Básica ou com o Programa de Saúde da Família (em 8,3% dos casos), ou por ter uma articulação apenas eventual com estes dispositivos (em 47,2% dos casos).

Eixo 8 – Planejamento, monitoramento, sistema de informações, registro e avaliação do trabalho no CAPS

Todos os serviços pesquisados informam utilizar prontuário único. O prontuário eletrônico, no entanto, ainda é raro – 11,2% dos serviços informam usá-lo. Quase cem por cento dos serviços registram suas reuniões de equipe em atas. As atas de supervisão não são uma unanimidade – nos CAPS em que se realiza supervisão, essas são registradas em atas em cerca de 70% dos casos. Apenas 44,9% dos serviços tem banco de dados eletrônico para registro de atividades e frequência de usuários.

Nos prontuários dos serviços pesquisados são frequentes registros de médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as), assistentes sociais e técnicos de enfermagem. Outros registros de profissionais de nível superior também são encontrados e sua presença depende do quadro de pessoal existente (terapeutas ocupacionais registram em prontuário em 76,8% dos casos pesquisados). É raro, no entanto, a presença de registros em prontuário de profissionais do nível médio e /ou do pessoal administrativo. As coordenações dos serviços pesquisados tendem a avaliar os prontuários como de *boa qualidade*. Em 68,3% dos serviços existe oficina anual de planejamento.

Eixo 9 - Produção de Conhecimento

Em apenas 24,6% dos CAPS existe uma pesquisa formal em andamento que tem o CAPS como campo de investigação (tabela 10). Somente em 25% dos casos, a gestão local e/ou o CAPS incentivam a produção, divulgação e publicação de trabalhos técnico científicos produzidos pela equipe dos CAPS. Cerca de 74% dos CAPS, no entanto, afirmam manter um acervo documental e iconográfico (documentos, atas, panfletos, fotografia, vídeo) com a história do próprio serviço.

Tabela 10– CAPS como campo de investigação, por estado

			Existe alguma pesquisa formal em andamento (realizada por instituição de pesquisa), que tenha o seu CAPS como campo de investigação?		
			não	sim	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	9	3	12
		%	75,0%	25,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	83	24	107
		%	77,6%	22,4%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	58	22	80
		%	72,5%	27,5%	100,0%
Total		Frequência	150	49	199
		%	75,4%	24,6%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Eixo 10 – Resultados

As tabelas 11 e 12 informam dados de produção dos serviços pesquisados. Os dados apresentados nessas tabelas foram extraídos apenas de questionários confiáveis, isto é, questionários que apresentaram coerência interna de respostas nesta seção. Note-se que para responder essas questões, as coordenações eram convidadas a adotar as seguintes convenções:

> Usuários antigos do CAPS (A) – usuários que já estavam em atendimento no serviço (matriculados), antes do início do último mês;
>
> Usuários novos do CAPS (B) – usuários atendidos na porta de entrada (acolhimento) durante o último mês, que permaneceram no serviço, isto é, foram matriculados;
>
> Usuários não incorporados (C) - usuários atendidos na porta de entrada (acolhimento) durante o último mês, que não permaneceram no serviço, isto é, não foram matriculados.

Não existem parâmetros atuais para a interpretação dos dados obtidos nessa seção (algumas referências, como sabemos, foram trabalhadas pelas Estratégias 1 e 2 e serão apresentadas em seguida). Isso não nos impede, no entanto, de buscar algumas informações nos dados obtidos. Nos interessa saber, por exemplo, que o número médio de usuários em atendimento no mês (A+B) em todos os CAPS dos estados pesquisados é de 217,09 usuários. A maior média apresentada, por sua vez, é a do estado do Espírito Santo, com 237,83 usuários em atendimento por mês (tabela 11).

Quando este número é desmembrado e temos acesso às médias de atendimentos intensivos, semi-intensivos e não intensivos, é possível verificar que o estado do Espírito Santo destaca-se por apresentar uma média alta de atendimentos não intensivos (167,50 usuários). É também o estado do Espírito Santo que apresenta a média mais baixa de atendimento de usuários com transtornos mentais graves (71,75), e a maior média de pacientes não incorporados (C) – tabela 12.

Tabela 11 – Produção do serviços (número de usuários matriculados, número de usuários em atendimento não intensivo, semi-intensivo e intensivo) por estado*

Estado			Informe o número de usuários matriculados (A+B) que estiveram em atendimento no CAPS no último mês:	Destes (A+B), quantos necessitaram de um atendimento mais intensivo?	Destes (A+B), quantos necessitaram de atendimentos semi-intensivos?	Destes (A+B), quantos necessitaram de atendimento não intensivo?	Qual o número de usuários novos (B), matriculados no último mês?
Espírito Santo	N	Válido	6	6	6	6	6
		Ausente	0	0	0	0	0
	Média		237,83	33,67	41,33	167,50	16,33
	Mediana		225,00	35,00	44,50	125,50	4,50
	Desvio padrão		134,296	28,105	28,814	157,372	31,245
Minas Gerais	N	Válido	66	66	66	66	63
		Ausente	0	0	0	0	3
	Média		211,55	39,97	58,56	113,15	25,76
	Mediana		177,00	30,00	47,00	90,00	18,00
	Desvio padrão		170,186	26,691	52,625	142,387	24,949
Rio de Janeiro	N	Válido	51	51	51	51	51
		Ausente	0	0	0	0	0
	Média		221,82	36,16	71,02	114,39	10,82
	Mediana		195,00	30,00	63,00	90,00	7,00
	Desvio padrão		132,787	26,060	46,169	118,953	16,250

*apenas questionários confiáveis

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

O estado de Minas Gerais, por sua vez, é o que mais absorve novos usuários por mês (B), com uma média de 25,76 usuários novatos (tabela 11). O Rio de Janeiro destaca-se com médias baixas de pacientes novos (B) – tabela 11 – e de pacientes atendidos de primeira vez (B+C) – tabela 12. O total de usuários matriculados nos CAPS dos estados pesquisados, muito distintos em todos os estados, relacionam-se provavelmente ao tempo e à história específica de implementação da rede em cada unidade federativa.

Tabela 12 – Produção dos serviços (número de usuários novos, número de encaminhamentos, número de usuários com histórico de longas internações) por estado

Estado			Quantos usuários foram atendidos pela primeira vez no CAPS no último mês (B + C)?	Quantos usuários foram atendidos no CAPS no último mês, mas não foram incorporados ao atendimento regular, ou seja, não foram matriculados (C)?	O CAPS atende atualmente algum usuário que já tenha sido caracterizado como paciente de longa internação psiquiátrica (mais que seis meses ininterruptos de hospitalização)?	Total de usuários matriculados - Qual o total de usuários matriculados no CAPS ?	Número de atendimentos no último mês de usuários com Transtornos Mentais Graves (Esquizofrenia e outras psicoses, Episódios Maníacos ou Transtorno Bipolar, Episódios ou Transtornos depressivos graves, autismo, retardo) entre os usuários matriculados
Espírito Santo	N	Válido	6	6	5	6	4
		Ausente	0	0	1	0	2
	Média		43,00	100,67	9,80	820,50	71,75
	Mediana		13,50	39,00	10,00	530,00	23,50
	Desvio padrão		68,533	171,270	9,884	1087,138	105,711
Minas Gerais	N	Válido	63	61	62	64	52
		Ausente	3	5	4	2	14
	Média		46,05	29,72	8,48	2904,08	340,33
	Mediana		29,00	10,00	1,50	1180,50	94,00
	Desvio padrão		56,859	56,134	26,266	5169,252	1291,509
Rio de Janeiro	N	Válido	51	51	51	50	46
		Ausente	0	0	0	1	5
	Média		18,51	11,98	17,76	536,68	389,61
	Mediana		13,00	10,00	6,00	315,00	98,00
	Desvio padrão		18,184	13,167	29,212	549,288	824,560

*apenas questionários confiáveis

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Outros dados, para além da produção numérica dos serviços, foram colhidos na seção de resultados. A tabela 13 informa que é realizada ao menos uma reunião de família por mês em 84,4% dos serviços pesquisados. A opinião da maioria das coordenações dos CAPS pesquisados (68,7%) é de que a maioria dos usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações nos últimos 6 meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS (tabela 14). Pouco mais de metade das coordenações pesquisadas (50,3%) concordam que mais da metade de seus usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS (tabela 15).

Tabela 13 – Número das reuniões de família realizadas, por estado

			Quantas reuniões de família foram realizadas no último mês?							
			0	1	2	3	4	5	6 ou mais	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	1	2	1	1	1	2	3	11
		%	9,1%	18,2%	9,1%	9,1%	9,1%	18,2%	27,3%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	23	40	13	1	16	1	7	101
		%	22,8%	39,6%	12,9%	1,0%	15,8%	1,0%	6,9%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	5	24	11	1	24	4	5	74
		%	6,8%	32,4%	14,9%	1,4%	32,4%	5,4%	6,8%	100,0%
Total		Frequência	29	66	25	3	41	7	15	186
		%	15,6%	35,5%	13,4%	1,6%	22,0%	3,8%	8,1%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Tabela 14 – Experiência do CAPS em relação às internações e reinternações psiquiátricas, por estado

			Em relação às internações/reinternações psiquiátricas de pacientes em atendimento pelo CAPS, nos últimos 12 meses, marque a alternativa que melhor se aproxima da experiência desse CAPS:				
			o CAPS não atende nenhum paciente com história de internação psiquiátrica	alguns usuários (menos da metade dos casos) que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações nos últimos 6 meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	a maioria dos usuários (mais da metade dos casos) que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações nos últimos 6 meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	não houve mudança significativa no ciclo de internações de pacientes com internações psiquiátricas frequentes atendidos pelo CAPS	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	0	1	8	1	10
		%	0,0%	10,0%	80,0%	10,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	4	20	67	6	97
		%	4,1%	20,6%	69,1%	6,2%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	3	17	50	5	75
		%	4,0%	22,7%	66,7%	6,7%	100,0%
Total		Frequência	7	38	125	12	182
		%	3,8%	20,9%	68,7%	6,6%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Tabela 15 – Experiência do CAPS em relação aos pacientes com história de muitas internações, por estado

			Em relação aos usuários com história de muitas internações, você pode afirmar que o CAPS conseguiu interromper o ciclo de internação e reinternação (nos últimos 12 meses)?					
			Alguns usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	Ao menos um terço dos usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	Cerca de metade dos usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	Mais da metade usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS	Não é possível afirmar isso em relação a nenhum dos usuários	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	4	1	0	4	0	9
		%	44,4%	11,1%	0,0%	44,4%	0,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	23	7	3	53	6	92
		%	25,0%	7,6%	3,3%	57,6%	6,5%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	19	8	6	30	9	72
		%	26,4%	11,1%	8,3%	41,7%	12,5%	100,0%
Total		Frequência	46	16	9	87	15	173
		%	26,6%	9,2%	5,2%	50,3%	8,7%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Tabela 16 – Avaliação do papel do CAPS em relação aos familiares, por estado

			Na sua avaliação, com base na experiência do CAPS nos últimos 12 meses, o CAPS tem desempenhado um papel de parceria, apoio e facilidade de acesso para os familiares?			
			Raramente	Eventualmente	Frequentemente	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	0	3	8	11
		%	0,00%	27,3%	72,7%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	0	15	83	98
		%	0,00%	15,3%	84,7%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	0	21	52	73
		%	0,00%	28,8%	71,2%	100,0%
Total		Frequência	0	39	143	182
		%	0,00%	21,4%	78,6%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

Convidados a identificar, numa escala que ia de 1 a 10, o grau de parceria entre o CAPS e os familiares, as coordenações pesquisadas produziram médias altas - o estado do Espírito Santo atingiu uma média de 8,73 na escala, enquanto Minas gerais e Rio de Janeiro atingiram, respectivamente, as médias de 8,68 e 8,34 na escala. A tabela 16 informa que os CAPS consideram, em sua maioria (78,6%), ser frequentemente parceiros dos familiares dos usuários.

Tabela 17 – Avaliação da efetividade do serviço, por estado

			Tendo em vista aspectos como evolução clínica, autonomia, adesão ao tratamento, e qualidade de vida dos usuários, você avalia que a efetividade do serviço é:			
			Ruim	Regular	Bom/Ótimo	Total
Estado	Espírito Santo	Frequência	0	3	7	10
		%	0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
	Minas Gerais	Frequência	2	29	66	97
		%	2,1%	29,9%	68,0%	100,0%
	Rio de Janeiro	Frequência	1	25	47	73
		%	1,4%	34,2%	64,4%	100,0%
Total		Frequência	3	57	120	180
		%	1,7%	31,7%	66,7%	100,0%

Fonte: Pesquisa Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede.

*Dado obtido através da contabilização dos dados válidos.

A tabela 17 revela uma avaliação geral dos coordenadores dos serviços acerca da efetividade dos CAPS[68]. Convocados a identificar, numa escala que ia de 1 a 10, o grau de efetividade dos serviços, as coordenações tenderam, novamente, a produzir médias altas. As coordenações do estado do Espírito Santo produziram uma média de 8,30 na escala. Minas Gerais, por sua vez, obteve a média de 8,02, enquanto o Rio de Janeiro obteve a média 7,81. A tabela 17 informa que 66,7% dos CAPS pesquisados consideram a efetividade do serviço boa/ótima.

O território B destaca-se por apresentar uma média de atendimento mensal muito inferior aos demais territórios (171,95 usuários por mês). O território A, por sua vez, apresenta a maior média de produção (248,15 usuários por mês). Enquanto os CAPS do território B parecem estar com baixa capacidade de atendimento, os CAPS do território C parecem estar absorvendo mais usuários com transtornos mentais menores. De fato, a menor média de atendimentos de usuários com transtornos mentais graves é do território C. Note-se também a baixa média de incorporação dos CAPS do território B – 9,56 usuários por mês. O território B é o que pior avalia a efetividade de seus serviços (tabela 17) – apenas 57,6% de seus CAPS considera sua efetividade ótima/boa.

O cenário geral

Os dados colhidos, embora não autorizem conclusões, permitem a identificação de algumas fragilidades na região.

Os CAPS do Espírito Santo, por exemplo - muito embora a maioria das coordenações (70%) entendam a efetividade dos serviços como *Boa* ou *Ótima* - parecem não estar atendendo os casos de transtorno mental grave do seu território em toda a sua complexidade. A relativa ausência da atividade de supervisão institucional no estado, assim como a ausência associações de usuários e familiares podem ser fatores que dificultam a melhora da oferta terapêutica e o arranjo de condições para a manutenção de porta aberta para o atendimento das crises.

O Rio de Janeiro tem a maior média de atendimentos de pacientes com histórico de longa internação psiquiátrica, assim como o maior número de atendimento a usuários com transtornos mentais graves. O estado também é, entre os estados pesquisados, o que tem mais associações de familiares. O Rio de Janeiro, é, no entanto, o que tem o menor número de funcionários públicos nas

68 Já ressaltamos, em outro momento, o viés de questões como esta quando aplicadas aos coordenadores dos serviços.

coordenações dos CAPS e o que parece ter mais problemas com a disponibilidade de insumos, em especial, de medicamentos.

O estado de Minas Gerais, por sua vez, é, entre os estados estudados, o que mais frequentemente atende usuários em regime intensivo e o que mais matricula usuários novos em seus CAPS. A maioria das coordenações (68,0%) de CAPS entende a efetividade dos serviços como *Boa* ou *Ótima,* e, de fato, os dados capturados no estado de Minas Gerais são frequentemente promissores. Paradoxalmente, no entanto, este também é um estado com os maiores vazios assistenciais. O território D, que apresenta os resultados mais preocupantes da pesquisa – porque praticamente sem serviços e recursos - está quase que inteiramente assentado no estado.

A fragilidade das cenas de supervisão e de atividade intersetorial, esta parece ser relativamente comum a todos os estados pesquisados. Em que pese o caráter provisório destas observações, este é o cenário geral dos serviços do Sudeste (com exceção do estado de São Paulo) a partir do qual fomos buscar referências para a compreensão dos dados de produção colhidos. A seção a seguir traz as referências que encontramos.

Os quadros de referência para a interpretação dos dados de produção dos CAPS

O quadro de referência produzido pela Estratégia 1 (quadro 5) tem dois eixos. As linhas pretendem observar a distinta clientela e capacidade de atenção dos serviços, expressa nos tipos de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi[69]), além da média de usuários atendidos, seguida do desvio padrão. As colunas, por sua vez, informam diferentes componentes (seis, no total) de produção dos serviços. São eles:

a) número de usuários em atendimento no mês
b) número de usuários em atendimento intensivo no mês
c) número de usuários em atendimento semi-intensivo no mês
d) número de usuários em atendimento não intensivo no mês
e) número de usuários atendidos pela primeira vez no CAPS no mês
f) número de usuários em situação ade crise atendidos no mês

69 Não foi possível produzir referências para os CAPSad e CAPSad III

Esses seis componentes fizeram parte do questionário aplicado aos gestores dos CAPS como parte da pesquisa *Modelo Comunitário*, sendo um recorte da seção resultados. Foram escolhidos para a composição de um dos nossos quadros de referência não só porque foram capazes de colher dados consistentes, mas também porque se relacionam a procedimentos vigentes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS), instaurados pela Portaria SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012.[70]

Para ler o nosso primeiro quadro de referência é importante compreender o valor das células. Elas informam o número médio de pessoas atendidas (uma medida que explicita a tendência central do conjunto dos dados dos CAPS) e o desvio padrão (medida que informa o grau de dispersão dos dados). O segundo quadro (quadro 6), por sua vez, informa a percentagem de usuários presentes nos *bons* CAPS em cada tipo de regime de atendimento. Suas linhas informam o tipo de CAPS investigado.

---

70 Esta relação não se dá ponto a ponto – não há, para cada componente de produção, um procedimento correspondente na Tabela SUS. Em verdade, um e outro sequer tratam da mesma unidade: os nossos componentes de produção tratam do número de pessoas atendidas, enquanto os procedimentos da Tabela SUS tratam do número de atividades executadas no serviço. Ainda assim, é importante a relação entre o número de pessoas atendidas e o número de atividades executadas – ambas são expressões da execução da atividade fim dos serviços.

É importante esclarecer que à época da coleta de dados da pesquisa *Modelo Comunitário* a Portaria SAS 189, de 20 de março de 2002 (que introduziu os procedimentos que cunharam as expressões "atendimento intensivo", "atendimento semi-intensivo" e "atendimento não-intensivo") era substituída pela Portaria SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012. Assim, durante da construção do instrumento preliminar e pré-teste a portaria SAS 189 estava vigente; no momento da coleta de dados, no entanto, já tinha efeitos a nova Portaria SAS 854 (em vigor a partir de janeiro de 2013).

A decisão de manter as expressões "atendimento intensivo", "atendimento não-intensivo" e "atendimento semi-intensivo" no instrumento de coleta de dados foi tomada pela equipe de pesquisa, portanto, num contexto de transição entre as normas de registro e cobrança de procedimentos pelos CAPS. Decidiu-se manter a lógica intensivo/semi-intensivo/não intensivo nas questões do instrumento não somente porque os CAPS estavam acostumados a ela, mas também pelo fato dessas expressões indicarem, de forma mais ou menos esclarecedora, o quanto os usuários demandam dos esforços (em recursos humanos, atividades, estratégias terapêuticas e de reinserção psicossocial) dos serviços. Foi importante, nesse sentido, que a nova Portaria de procedimentos para os CAPS (Portaria SAS 854, de 22 de agosto de 2012) permitisse manter uma relação entre essa lógica e a cobrança de procedimentos. Muito embora o procedimento na nova portaria, "03.01.08.019-4 Acolhimento Diurno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial", não mencione a lógica intensivo/semi-intensivo/não intensivo, é possível ainda entender um certo padrão de uso dos CAPS, a partir de parâmetros da portaria anterior, isto é: até 3 procedimentos/paciente/mês (atendimento não intensivo); até 12 procedimentos/paciente/mês (atendimento semi-intensivo); a partir de 13 procedimentos/paciente/mês (atendimento intensivo).

A equipe de pesquisa considerou essa correspondência importante para os gestores que, além de ter que informar ao SUS quantos procedimentos foram executados todos os meses, devem compreender o número de usuários atendidos e o modo como os projetos terapêuticos dos usuários demandam em esforços (procedimentos) do serviço. Note-se que esta conversão de procedimentos em pessoas, também deve ser realizada para outros procedimentos da Portaria SAS 854, de 22 de agosto de 2012 que têm correspondência com o nosso quadro de referência. São eles: 03.01.08.029 – 1 Atenção às situações de crise" e 03.01.08.023-2 – Acolhimento inicial por Centro de Atenção Psicossocial".

Note-se que para buscarmos a produção de *bons* CAPS, com a nossa Estratégia 1, acabamos por não trabalhar com os territórios A, B, C e D, definidos pela pesquisa *Modelo Comunitário*. Esta decisão foi tomada pelo baixo rendimento dos dados de produção quando analisados por território (apenas a produção do território B se destaca, por estar bastante abaixo dos outros territórios), e pela importância da análise da produção por tipo de CAPS (já que cada tipo de CAPS supõe um nível específico de recursos humanos, materiais e de população adscrita, o que afeta tanto a produção como a demanda para o CAPS). Um dos nossos objetivos era produzir referências úteis para os gestores. Trabalhar com os tipos de CAPS, categorias operacionais conhecidas, com as quais o gestor conta para operar o seu serviço, nos pareceu importante nesse contexto.

Quadro 5 – Quadro de referência da Estratégia 1 – Produção de *bons* CAPS por tipo de serviço

		Número de usuários em atendimento	Número de usuários em atendimento intensivo	Número de usuários em atendimento semi-intensivo	Número de usuários em atendimento não intensivo	Número de usuários atendidos pela primeira vez no CAPS (acolhimento)*	Número de usuários em situação de crise atendidos*
CAPS I	Média	213,3	31,33	40,00	142,00	33,33	22,00
	Desvio padrão	9,61	8,08	24,06	15,10	37,85	13,86
CAPS II	Média	296,14	55,43	91,29	149,43	26,29	16,50
	Desvio padrão	70,48	28,95	39,25	85,71	33,67	15,20
CAPS III	Média	261,67	75,67	75,00	111,00	94,33	80,33
	Desvio padrão	28,43	5,13	32,79	35,68	91,22	77,53
CAPSi	Média	211,50	49,00	114,00	48,50	25,00	8,50
	Desvio padrão	40,31	43,84	8,49	12,02	11,31	0,71

* Embora seja interessante apresentar o dado dessas colunas, o fato de média e desvio padrão serem tão próximos (às vezes o desvio padrão é maior do que a média) aponta para o fato dessas variáveis não terem distribuição normal. A grande variação do conjunto de dados desestimula a tomada dessas duas variáveis como referências para a leitura da produção dos serviços. Essas duas colunas devem ser lidas com cuidado.

Quadro 6- Quadro de referência da Estratégia 1 – Percentagem de usuários por regime de atendimento e tipo de CAPS, entre os *bons* CAPS

	% usuários em atendimento intensivo	% de usuários em atendimento semi-intensivo	% usuários em atendimento não intensivo
CAPS I	14,69	18,75	66,56
CAPS II	18,72	30,82	50,46
CAPS III	28,92	28,66	42,42
CAPSi	23,17	53,90	22,93

A leitura desses quadros exige cautela. É preciso, em primeiro lugar, explicitar o que os dois quadros informam e o que não informam. Tanto o quadro 5 quanto o quadro 6 informam o perfil de produção de CAPS considerados *bons*, sediados na região Sudeste do país, excluído o estado de São Paulo. Trata-se de uma região com características bem definidas, sede de diversas instituições formadoras de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Não é recomendável supor, portanto, que essa produção espelhe a produção de CAPS de outras regiões do país. Os quadros informam apenas sobre uma parte da região Sudeste.

A produção, tanto no quadro 5 como no quadro 6, deve ser lida a partir da sua relação com o porte do serviço (que significa, essencialmente, uma determinada população adscrita, um rol de recursos humanos específico, e também um rol de recursos específico no território). Sendo assim, não há sentido na comparação simples entre as produções dos diferentes tipos de CAPS. Também não é recomendável que as produções informadas nos dois quadros sejam lidas como parâmetros definitivos para a avaliação de serviços da região Sudeste - isto seria um erro. São tantas as variáveis do território, da estrutura do serviço, do processo de trabalho e do processo avaliativo, que os perfis de produção oferecidos só poderiam servir como referência para a leitura - parte de um processo avaliativo amplo - de eventuais números de produção encontrados.

O que os quadros informam, neste ponto, por exemplo, é que os CAPS I considerados *bons* da região sudeste atendem em média cerca de 213 usuários por mês[71] e que cerca de 67% desses usuários estão em regime não-intensivo de atendimento. Os *bons* CAPS III, por sua vez, têm um perfil muito diferente: a maioria dos seus usuários (cerca de 58%) está em regime de atendimento intensivo ou semi-intensivo, sendo que atendem em média 80 pessoas em crise por mês. São os *bons* CAPSi, no entanto, que atendem menos no regime não intensivo – a grande maioria dos seus usuários parece estar em atendimento semi-intensivo. Note-se que essas informações, especialmente o número de pessoas atendidas por mês, ganham nova leitura a partir do quadro de referência produzido pela Estratégia 2.

Lembre-se que a Estratégia 2 buscava compreender a demanda atual direta para os CAPS e para isto formulou diversas hipóteses sobre a relação das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes com os serviços de seu território, a partir de um esquema exploratório. O quadro 7 informa o resultado deste esforço:

Quadro 7 – Quadro de referência da Estratégia 2 – Elementos para o estudo da demanda direta para os CAPS

				Clientela Indireta dos CAPS				Clientela Direta dos CAPS
				adormecida		em contato		
	Pop. Adscrita	População de referência para o CAPS	Pessoas com TMSP na comunidade	Pessoas com TMSP em tratamento no serviço privado	Pessoas com TMSP em tratamento fora do sistema biomédico	Pessoas com TMSP tratadas exclusivamente na AB	Pessoas com TMSP atendidas na atenção secundária, excluído CAPS	Estimativa da demanda direta atual aos CAPS
CAPS I	15.000	74 % da população adscrita	5 % da População de Referência	20% das Pessoas com TMSP na comunidade	5 % das Pessoas com TMSP na comunidade	20 % das Pessoas com TMSP na comunidade	10% das Pessoas com TMSP na comunidade	45% das Pessoas com TMSP na comunidade
CAPS II	70.000	74 % da população adscrita					40% das Pessoas com TMSP na comunidade	15 % das Pessoas com TMSP na comunidade
CAPS III	150.000	74 % da população adscrita					45% das Pessoas com TMSP na comunidade	10 % das Pessoas com TMSP na comunidade
CAPSi	70.000	26 % da população adscrita					25% das Pessoas com TMSP na comunidade	30 % das Pessoas com TMSP na comunidade

71 É interessante relembrar a expectativa das Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, para o atendimento mensal nos CAPS: CAPS I – 250 usuários; CAPS II -270 usuários; CAPS III – 380 usuários; CAPSi – 240 usuários (BRASIL, 2006).

O quadro 7 observa, em suas linhas, os portes dos CAPS. São oito, por sua vez, as colunas disponíveis:

a) População adscrita – responsabilidade sanitária definida para os CAPS pela portaria SAS 3088/11;

b) População de referência para o CAPS adulto ou infantil – quantos adultos (para o caso dos CAPS I, II e III) ou crianças (para o caso dos CAPSi) existem na população adscrita;

c) Estimativa de pessoas com TMSP na comunidade (de adultos ou crianças);

d) Estimativa de pessoas com TMSP que se encontram em tratamento no serviço

e) Estimativa de pessoas com TMSP que se encontram em tratamento fora do sistema biomédico;

f) Estimativa de pessoas com TMSP que são tratadas exclusivamente na Atenção Básica;

g) Estimativa do número de pessoas com TMSP que são atendidas na atenção secundária (exceto CAPS);

h) Estimativa da demanda direta para os CAPS.

Novamente é importante esclarecer o que o quadro 7 informa. Lembre-se que ele é o resultado de um exercício de compreensão da demanda de saúde mental existente no território de cada CAPS, exercício realizado a partir de dados secundários, presentes na literatura, e a partir de dados primários, obtidos através da nossa Estratégia 1. Nosso objetivo era nos aproximarmos da demanda real e direta para os CAPS nos dias de hoje para que pudéssemos ganhar referências para o entendimento da produção dos CAPS.

Sendo assim, é importante advertirmos sobre todas as limitações do quadro 7. A primeira advertência é a de que trata-se de um quadro de hipóteses – tanto a clientela indireta quanto a clientela direta para os CAPS está sendo suposta, devendo, portanto, ser testada, inclusive na sua utilidade para orientar os gestores a pensarem o problema da acessibilidade. A segunda advertência refere-se ao caráter regional dos dados – também aqui deve-se restringir a leitura dos dados para a região Sudeste, excluído o estado de São Paulo. A região Sudeste é a que menos utiliza o Sistema Único de Saúde e também a que tem uma das menores coberturas na Atenção Básica, e isto foi considerado para a formulação das hipóteses.

Uma terceira advertência refere-se a sensibilidade das hipóteses às variações populacionais e culturais. A tendência da pirâmide etária brasileira, é, por exemplo, de diminuição de sua base – a população brasileira está envelhecendo, e isto certamente impactará a demanda em saúde mental no território. A tendência em todo mundo, por outro lado, é de aumento dos transtornos mentais, enquanto no Brasil se teme o aumento da demanda – coincidente com o nascimento recente de uma nova classe média – pelos planos privados de saúde. Sabe-se, por outro lado, que em territórios onde há violência, o número de pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes é maior. Note-se, portanto, que as fragilidades das hipóteses do nosso quadro são muitas e que a tendência é que aumentem no futuro.

De todo modo passa a ser possível, a partir daqui, apostarmos em alguns modos de leitura das informações dos quadros, por tipo de CAPS. Ao final, uma "chave de leitura" dos dados será oferecida, para potencializar a leitura das informações.

Os CAPS I

Em primeiro lugar, é interessante relacionar os dados do Quadro 5 com alguns dados do Quadro 7. A partir deles podemos supor que os *bons* CAPS I, ao atenderem, em média, 213 usuários por mês, parecem estar se relacionando diretamente com cerca de 38% das pessoas com TMSP de seu território (o total de pessoas com TMSP seria de 555 adultos, numa população adscrita de 15.000 pessoas). Se é verdade que no território do CAPS I 20% das pessoas com TMSP está em tratamento no serviço privado; que 5% está em tratamento fora do sistema biomédico e que 20% trata-se exclusivamente na Atenção Básica, o CAPS I, ao atender diretamente, em média, 213 usuários, estaria atendendo 70% de toda a demanda do nível secundário público de atenção. O quadro 8, no entanto, não deseja definir o quanto o CAPS está atendendo, mas a demanda direta ou indireta para os CAPS. Supomos de partida, lembre-se, que há uma lacuna de tratamento (pessoas não tratadas), e optamos por assentar essa lacuna inteiramente nos CAPS, por sua responsabilidade sanitária estratégica de ordenar a demanda em saúde mental no território. Nesse sentido, o CAPS I foi tratado de forma especial. Supomos nele uma lacuna menor (de cerca de 15%), do que supomos para os outros tipos de CAPS. Temos algumas razões para isto.

Estamos lidando, é claro, com um exercício artesanal de entendimento da demanda para os CAPS. O resultado desse exercício deve, na medida do possível, estar mais ou menos em acordo com as impressões gerais que temos do campo – os números devem nos orientar a compreender um cenário e devemos desconfiar toda vez que um resultado pareça não fazer sentido. Os CAPS I necessitaram de tratamento especial porque, se aplicássemos a lacuna de tratamento de cerca de 30%[72] - que aplicamos ao CAPS II e ao CAPSi, por exemplo - nenhum usuário ficaria por demandar exclusivamente a atenção secundária, o que não corresponde provavelmente aos processos do território.

As características do serviço e do seu território também sustentaram essa decisão. O CAPS I é hoje o serviço com a menor população adscrita entre os CAPS, cerca de 4 vezes menor que a do CAPS II e 10 vezes menor que a do CAPS III. Seus recursos humanos e sua estrutura, no entanto, embora sejam menores, não acompanham essas diferenças, proporcionalmente. Por outro lado, territórios menores, em grande parte dos casos, em pequenos municípios, supõe menos recursos, sobretudo no nível secundário – nesse sentido não é demais supor que os CAPS recebam a maior parte da demanda nesse nível. Pareceria incorreto, no entanto, supor que nenhum paciente demandasse o nível secundário desse território. Este caminho de interpretação sugere que os CAPS I estão atendendo boa parte da demanda dirigida a eles. Isto estaria de acordo com a noção mais geral de que o acesso está aumentando no país.

Há um segundo caminho, no entanto. Este supõe que para o CAPS I deve existir uma lacuna maior de tratamento, e que o que está falseando o cenário é trabalharmos com a população adscrita de 15.000 habitantes. De fato, apesar da portaria SAS 3088/11 estabelecer que o CAPS I deve ter uma população adscrita de 15.000 habitantes, até muito recentemente essa população era oficialmente de 20.000 pessoas. Para este segundo caminho, é imperioso admitir que, de forma geral, os CAPS I operam em territórios maiores (às vezes muito maiores) do que 15.000 habitantes.

De todo modo, já podemos nesse ponto oferecer uma chave de leitura para discussão e testagem das referências que encontramos para os CAPS I da região Sudeste. As estimativas aqui, assim como em todas as outras chaves de leitura, serão tratadas de forma arredondada para facilitar a compreensão. A ideia é que possamos aproveitar estes elementos para dar uma orientação aos CAPS sobre cobertura que se deve alcançar em determinados contextos de adscrição populacional.

72 Lembre-se que a lacuna de tratamento foi aplicada na média de usuários atendidos por mês, calculada, por sua vez, a partir da Estratégia 1.

Num território de 15.000 pessoas, o CAPS I deve esperar uma comunidade 11.100 adultos. Destes, cerca de 550 demandarão cuidados por apresentar Transtornos Mentais Severos e Persistentes. Uma parte dessas pessoas - cerca de 110 (20%) - poderá estar em tratamento no sistema privado. Outra parte (30 pessoas, cerca de 5%) poderá estar sob o cuidado das famílias e/ou seguindo itinerários terapêuticos fora do SUS e dos serviços biomédicos privados. Uma outra parte (cerca de 20%, ou 110 pessoas) poderá estar sendo tratada exclusivamente na Atenção Básica. Mais uma parte (cerca de 10%, ou 55 pessoas) poderá estar sendo atendida exclusivamente por serviços resolutivos da atenção secundária. O CAPS I deve esperar que cerca de 45% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes do território (cerca de 250 pessoas) demandem diretamente seus cuidados e deve fazer busca ativa para acessar esses usuários. Deve esperar também poder relacionar-se indiretamente, através de matriciamento, com cerca 30% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes (cerca de 165 pessoas, que estarão sendo atendidas exclusivamente na atenção básica ou no nível secundário de atenção). Sabe-se que em territórios onde são altos os índices de violência e frágeis os mecanismos de proteção social, a demanda direta para o CAPS pode ser muito maior. Os CAPS I precisam ficar atentos a isto. Estima-se que os CAPS I de referência estejam conseguindo absorver hoje a demanda direta mensal cerca de 210 usuários, sendo que 15% desses usuários são atendidos intensivamente, 20% semi-intensivamente e 65% não-intensivamente. É interessante que os CAPS I avaliem o número de pessoas em atendimento no serviço, além da proporção de regime de atendimentos, para discutir se, de fato, estão atendendo sua clientela.

Os CAPS II

Os *bons* CAPS II da região Sudeste atendem, em média, segundo o quadro 5, 296 usuários, sendo que esse número representa cerca de 11% das pessoas com TMSP do território (teríamos 2.590 adultos com TMSP, numa população adscrita de 70.000 habitantes) e cerca de 21% da demanda dirigida ao nível secundário público de atenção. Se aplicarmos uma lacuna de tratamento de cerca de 30% no CAPS, a partir da média de produção alcançada pelos *bons* CAPS II, estaremos supondo uma demanda direta para os CAPS II de cerca de 390 pessoas, ou seja, 15% das pessoas com TMSP do território.

O território dos CAPS II é ao menos 4 vezes maior do que o território do CAPS I. Supor que este território tem mais recursos no nível secundário público de atenção do que o território do CAPS I é obrigatório (nossa hipótese é de que 40% das pessoas com TMSP estejam recebendo cuidados nesse nível de atenção no território do CAPS II). Estamos trabalhando mais uma vez, aqui, com um exercício de entendimento da distribuição da demanda em territórios determinados – e o resultado do exercício deve se ajustar não somente à nossa impressão do campo, mas também às ideias gerais de que se existe uma lacuna de tratamento, também existe uma tendência de aumento da acessibilidade.

Uma chave de leitura para discussão e testagem das referências que encontramos para os CAPS II é oferecida a seguir:

Num território de 70.000 pessoas, o CAPS II deve esperar uma comunidade de 51.800 adultos. Destes, cerca de 2.600 demandarão cuidados por apresentar Transtornos Mentais Severos e Persistentes. Uma parte dessas pessoas - cerca de 520 (20%) - poderá estar em tratamento no sistema privado. Outra parte (130 pessoas, cerca de 5%) poderá estar sob o cuidado das famílias e/ou seguindo itinerários terapêuticos fora do SUS e dos serviços biomédicos privados. Uma outra parte (cerca de 20%, ou 520 pessoas) poderá estar sendo tratada exclusivamente na Atenção Básica. Mais uma parte (cerca de 40%, ou 1.030 pessoas) poderá estar sendo atendida exclusivamente por serviços resolutivos da atenção secundária. O CAPS II deve esperar que cerca de 15% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes do território (cerca de 390 pessoas) demandem diretamente seus cuidados e deve fazer busca ativa para acessar esses usuários. Deve esperar também poder relacionar-se indiretamente, através de matriciamento, com cerca 60% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes (cerca de 1.550 pessoas, que estarão sendo atendidas exclusivamente na atenção básica ou no nível secundário de atenção). Sabe-se que em territórios onde são altos os índices de violência e frágeis os mecanismos de proteção social, a demanda direta para o CAPS pode ser muito maior. Os CAPS II precisam ficar atentos a isto. Estima-se que os CAPS II de referência estejam conseguindo absorver hoje a demanda direta mensal de cerca de 300 usuários, sendo que 20% desses usuários são atendidos intensivamente, 30% semi-intensivamente e 50% não-intensivamente. É interessante que os CAPS II avaliem o número de pessoas em atendimento no serviço, além da proporção de regime de atendimentos, para discutir se, de fato, estão atendendo sua clientela.

Os CAPS III

O território dos CAPS III é ao menos duas vezes maior do que o território dos CAPS II. Os *bons* CAPS III, no entanto, parecem conseguir atender diretamente menos usuários que os CAPS II, cerca de 260 usuários, mensalmente. Isto se deve, em parte, às diferenças importantes nos regimes de atendimento dos serviços – cerca de 58% dos usuários dos CAPS III estão em regime de atendimento intensivo ou semi-intensivo. Essa mesma proporção, para comparação, é de 33% nos CAPS I e de 49% nos CAPS II (quadro 6).

Ao atenderem, em média, 260 usuários mensalmente, os *bons* CAPS III da região Sudeste entram em contato, no entanto, apenas com cerca de 5% das pessoas com TMSP do território (teríamos 5.550 adultos com TMSP, numa população adscrita de 150.000 habitantes) e com cerca de 8,5% da demanda dirigida ao nível secundário público de atenção. O tamanho do território, por um lado, exige supormos uma boa quantidade de recursos de atenção a nível secundário. O pequeno número de pessoas atendidas, menor que a do CAPS II, fez supor, no entanto, que para os CAPS III há um a lacuna de tratamento maior – por isto, para o CAPS III aplicamos uma lacuna de atendimento expressiva (mais de 50%), de modo a supor que ele deve entrar em contato direto com ao menos 10% da clientela do território.

Ao aplicarmos esta lacuna de tratamento estaremos supondo uma demanda direta para os CAPS III de cerca de 555 pessoas, ou seja, 10% das pessoas com TMSP do território. Neste ponto é preciso avaliarmos a dimensão do território – é provável que o território de 150 mil habitantes seja grande demais para a capacidade atual dos CAPS III.

Novamente, a chave de leitura poderá nos ajudar a testar as hipóteses para o CAPS III:

Num território de 150.000 pessoas, o CAPS III deve esperar uma comunidade de 111.000 adultos. Destes, cerca de 5.550 demandarão cuidados por apresentar Transtornos Mentais Severos e Persistentes. Uma parte dessas pessoas - cerca de 1.110 (20%) - poderá estar em tratamento no sistema privado. Outra parte (280 pessoas, cerca de 5%) poderá estar sob o cuidado das famílias e/ou seguindo itinerários terapêuticos fora do SUS e dos serviços biomédicos privados. Uma outra parte (cerca de 20%, ou 1.110 pessoas) poderá estar sendo tratada exclusivamente na Atenção Básica. Mais uma parte (cerca de 45%, ou 2.500 pessoas) poderá estar sendo atendida exclusivamente por serviços resolutivos da atenção secundária. O CAPS III deve esperar que ao menos cerca de 10% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes do território (cerca de 550 pessoas) demandem diretamente seus cuidados e deve fazer busca ativa para acessar esses usuários. Deve esperar também poder relacionar-se indiretamente, através de matriciamento, com cerca de 65% das pessoas com Transtornos Mentais Severos e Persistentes (cerca de 3.600 pessoas, que estarão sendo atendidas exclusivamente na atenção básica ou no nível secundário de atenção). Sabe-se que em territórios onde são altos os índices de violência e frágeis os mecanismos de proteção social, a demanda direta para o CAPS pode ser muito maior. Estima-se que os CAPS III de referência estejam conseguindo absorver hoje a demanda direta mensal de cerca de 260 usuários, sendo que 30% desses usuários são atendidos intensivamente, 30% semi-intensivamente e 40% não-intensivamente. É preciso que os CAPS III avaliem essa proporção de regime de atendimentos para entender se de fato está atendendo sua clientela.

Os CAPSi

O Quadro 5 nos informa que os *bons* CAPSi atendem, em média, cerca de 210 crianças por mês. Se assim é, os CAPSi estão em contato direto com 23% das crianças com transtornos mentais importantes do território, e com 42% da clientela que demanda atenção à nível secundário.

O caso da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes é especial. Couto, Duarte e Delgado (2008) identificam neste cenário uma rede potencial intersetorial de atenção importante, que envolve vários setores autônomos para além dos setores da saúde geral/atenção básica. Educação, assistência social, justiça e o setor de direitos, que tradicionalmente operam isolados uns dos outros, podem prover serviços ou agir de alguma forma sobre crianças e adolescentes com

problemas mentais, às vezes sem nenhuma participação da saúde mental. Estamos estimando que no nível secundário de atenção e através dessa rede potencial intersetorial 25% das crianças estejam sendo atendidas de alguma forma. Os CAPSi, por sua vez, podem estar diante de uma demanda de 30% das crianças com transtornos mentais importantes do território.

Mais uma vez, em que pese a fragilidade ainda maior de nossas hipóteses para o cenário da atenção à infância e adolescência, estamos trabalhando artesanalmente para compreender as características da demanda para os CAPSi. A chave de leitura a seguir pode nos ajudar a explicitar as referências a serem testadas para os CAPS infantis:

Num território de 70.000 pessoas, o CAPSi deve esperar uma comunidade de 18.200 crianças. Destas, cerca de 910 demandarão cuidados por apresentar transtornos mentais importantes. Uma parte dessas crianças - cerca de 180 (20%) - poderá estar em tratamento no sistema privado. Outra parte (45 pessoas, cerca de 5%) poderá estar sob o cuidado das famílias e/ou seguindo itinerários terapêuticos fora do SUS e dos serviços biomédicos privados. Uma outra parte (cerca de 20%, ou 180 pessoas) poderá estar sendo tratada exclusivamente na Atenção Básica. Mais uma parte (cerca de 25%, ou 230 pessoas) poderá estar sendo atendida exclusivamente por serviços resolutivos da atenção secundária. O CAPSi deve esperar que cerca de 30% das crianças com Transtornos Mentais Importantes do território (cerca de 270 crianças) demandem diretamente seus cuidados e deve fazer busca ativa para acessar esses usuários. Deve esperar também poder relacionar-se indiretamente, através de matriciamento, com cerca de 45% das crianças com Transtornos Mentais Importantes (cerca de 410 crianças, que estarão sendo atendidas exclusivamente na atenção básica ou no nível secundário de atenção ou nos intersetores). Sabe-se que em territórios onde são altos os índices de violência e frágeis os mecanismos de proteção social, a demanda direta para o CAPS pode ser muito maior. Estima-se que os CAPSi de referência estejam conseguindo absorver hoje a demanda direta mensal de cerca de 210 usuários, sendo que 23% desses usuários são atendidos intensivamente, 54% semi-intensivamente e 23% não-intensivamente. É preciso que os CAPSi avaliem essa proporção de regime de atendimentos para entender se de fato está atendendo sua clientela.

Os dados produzidos pelas Estratégias 1 e 2, assim como os dados produzidos pela *Pesquisa Modelo Comunitário*, ainda merecem ser muito explorados. O que apresentamos aqui é apenas o primeiro resultado do manejo de uma massa ainda muito potente de informação sobre o funcionamento dos CAPS na região Sudeste do país. Os quadros 5, 6 e 7 ainda precisam ser muito estudados, melhorados e, sobretudo, testados na sua potência de estimular e dar referências aos gestores locais para a discussão da acessibilidade nos seus territórios.

Não é recomendável que essas referências sirvam a processos de avaliação não abrangentes. As chaves de leitura devem ser lidas de forma crítica, e se forem úteis a processos avaliativos, isto deve ser feito com a cautela necessária. Um CAPS da região Sudeste com a produção muito acima das referências presentes na chave de leitura pode, por exemplo, percorrer uma série de caminhos na discussão da acessibilidade. Talvez esteja absorvendo também pessoas com transtornos mentais comuns, talvez esteja em território especialmente violento; talvez esse território não tenha grande resolubilidade na atenção a nível secundário; talvez a Atenção Básica não esteja operante, talvez os processos do serviços sejam especialmente interessantes. Todos esses caminhos supõe a discussão necessária do problema – o CAPS está atendendo a quem dele o necessita? Um CAPS que, por outro lado, apresente produção muito abaixo das referências da chave de leitura, este pode refletir ainda mais sobre os seus processos: é possível que ele não esteja atendendo a quem dele necessita (e sabemos que isto pode acontecer mesmo em serviços com boa qualidade de atendimento).

Ainda que exista muito ainda o que fazer, nossa recomendação, afinal, é uma só: que esses dados e essas referências sejam criticadas, desenvolvidas e testadas – e que cada gestão, na medida em que se proponha a isso, procure avançar na garantia de cuidado às pessoas que necessitam de atenção diária em saúde mental. Se isto ocorrer, estaremos satisfeitos com esses primeiros passos na construção de referências para a leitura das produções dos CAPS.

À guisa de conclusão

Sabemos que o tema da acessibilidade é abrangente e que o acesso se expressa de diversas maneiras. Fizemos a tentativa de capturar o acesso, aqui, na sua dimensão mais simples, mundana e corriqueira – o número de pessoas atendidas pelos CAPS. Dado razoavelmente comum, colhido pelos coordenadores dos CAPS por força dos processos de gestão, este número expressa o acesso que as pessoas com TMSP estão tendo aos CAPS. Esperamos ter podido cumprir o objetivo de oferecer referências, através da nossa ida a campo, para uma primeira interpretação deste dado. Num contexto onde existem diversos sistemas de informação - no SUS existem 283 sistemas de informação que não convergem entre si (SANTOS-FILHO, 2007) – trabalhar com informações já existentes, traduzi-las e transformá-las em conhecimento efetivo para avaliação e planejamento é tarefa de todos os atores do sistema.

Lembremos do nosso percurso. O que fizemos foi identificar, entre os CAPS que investigamos na pesquisa *Modelo Comunitário*, um grupo de *bons* CAPS com produções altas. Foi esse grupo que nos informou as produções médias de referência para cada tipo de serviço. Depois, fomos buscar na literatura informações sobre a demanda em saúde mental. Supomos que o território é composto por vários tipos de cenários de atenção, que o CAPS é um desses cenários e que mesmo os bons CAPS apresentam uma lacuna de tratamento. A partir disso, chegamos a formular hipóteses sobre a demanda atual para cada tipo de CAPS. De posse de uma referência para pensar quantos usuários os *bons* CAPS estão conseguindo absorver e quantos usuários demandam atenção dos CAPS, redigimos, finalmente, o que chamamos de "chaves de leitura" - leituras prontas, estabilizadas dos dados por tipo de CAPS, para que os serviços possam testar as referências produzidas e pensar criticamente sua produção e a acessibilidade aos seus serviços.

Informar produções médias de referência para cada tipo de CAPS, ainda que nosso campo tenha sido, grosso modo, a região Sudeste, é a contribuição mais relevante desta tese. Recolher, estudar e criticar sistematicamente as produções mensais dos CAPS a partir da lógica da atenção territorial - é imperativo concluir - é um modo qualificado de discutir a garantia de acessibilidade aos serviços. Muito embora simples, essa talvez seja a recomendação mais evidente deste trabalho aos CAPS e aos processos avaliativos dos CAPS.

A discussão da demanda dirigida aos CAPS, por sua vez, pretendeu ter contribuído, ainda que através de um conteúdo ensaístico, para o refinamento da nossa compreensão, trabalho e manejo das estimativas de prevalência no contexto da atenção comunitária e territorial. Precisamos de mais acesso à atenção à saúde mental, isto é certo, mas o campo não pode ser mais confundido por declarações desorientadoras ou desconectadas da lógica da saúde pública, como por exemplo, a de que "...para atender a demanda apontada... cada CAPSi precisaria atender 19 mil pacientes" (ABP, 2008). É tempo do nosso campo aprender a ler os números que ele próprio produz e rejeitar aquilo que não faz sentido para a compreensão da complexidade da atenção psicossocial. Precisamos fazer com que os dados de produção e de demanda nos informem a partir da lógica territorial, da qual a dimensão do acesso universal é um eixo. Esperamos poder ter contribuído nesse sentido.

Caso tudo tenha corrido bem, a ideia de que uma boa produção deve ser um dos componentes de um *bom* CAPS, ainda que tenha sido tomada como ponto de partida, deve ter se imposto ao longo desta tese. A observação da dimensão do acesso, expressa na sua produção, é hoje, entendemos, tarefa obrigatória para os CAPS. O relativo consenso existente acerca da legitimidade e da urgência de investimentos no campo da saúde em todo mundo em nome da igualdade em saúde (que, é certo, não se reflete desta forma na opinião pública) deve alavancar a dimensão do acesso ao centro de qualquer processo de gestão e também de avaliação. Bons CAPS devem oferecer atenção a muitas pessoas, todas as que dele necessitam no território.

A discussão da produção dos serviços também dá visibilidade à dimensão dos territórios e ao porte da população adscrita formal do CAPS. É possível que os recursos humanos e financeiros, que correspondem à população adscrita estabelecida nas normas vigentes, não atendam ao comportamento e aos processos do território. É provável, por exemplo, que o território estabelecido para os CAPS I esteja pequeno demais e que o território dos CAPS III esteja excessivamente grande. A discussão da produção faz pensar nesses ajustes, essenciais para o planejamento da implantação de serviços.

O Brasil trabalhou muito, nos últimos anos, pelo acesso à atenção à saúde mental. Não sabemos ainda, no entanto, qual é exatamente a lacuna de tratamento existente no país, isto é, qual é a diferença entre o número de pessoas com transtornos mentais que necessitam de tratamento e o número de pessoas com transtornos mentais que recebem efetivamente tratamento. O estudo da produção dos serviços é peça chave para a compreensão deste cenário, muito embora a tendência –

sustentada pelos trabalhadores da reforma, com o seu *otimismo da prática* – tenha sido até agora de diminuição da lacuna, com o aumento e interiorização expressivas dos serviços.

Precisamos, enfim, estudar mais e melhor a produção dos bons serviços de atenção à saúde mental para que possamos conhecer e diminuir a lacuna de tratamento no país. Para tanto, é preciso investir no campo da avaliação de CAPS, para que ele produza referências simples, claras e operacionais sobre o que vem a ser um bom CAPS. É preciso também que as avaliações e os próprios CAPS passem a colher o dado mensal da produção com o espírito investigativo – todo CAPS deveria saber ou procurar saber, porque tem o mandato do cuidar, qual é a lacuna de tratamento vigente em seu próprio território. É preciso também que o campo estude e produza, com urgência, dados nacionais de prevalência de TMSP que atendam à necessidade de planejamento de serviços (investigar como o campo da saúde mental e suas redes absorvem a demanda das pessoas com TMSP é também crucial para esta tarefa). Finalmente, também é necessário que nos preocupemos, todos nós do campo da atenção psicossocial, em buscar e manter indicadores que informem, em série histórica, a cobertura populacional dos nossos serviços.

Esperamos que o trabalho desta tese tenha contribuído, ainda que timidamente, para o avanço da discussão em todas essas frentes. Trabalhar para que o CAPS atenda a quem dele necessita, acreditamos, também é tarefa da academia.

Artigos (63) sobre avaliação, por ano de publicação

Ano	Título	Autor	Revista
1994			
	Avaliação da qualidade nos serviços de saúde mental	GERALDES, P. C.; MELLO, J. H. de; RODRIGUEZ, J. E. B.	J Bras Psiquiatr; 6(43): 323-326, jun. 1994.
1995			
	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	PITTA, A. M. F. ET AL	J Bras Psiquiatr; 9(44): 441-452, set. 1995.
	Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa	VASCONCELOS, E. M.	J Bras Psiquiatr; 4(44): 189-197, abr. 1995.
1996			
	Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador	SILVA FILHO, J. F. da ET AL	J Bras Psiquiatr; 7(45): 393-402, jul. 1996.
2001			
	A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil	AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G.	Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001
2004			
	O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário	MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. de	Texto contexto - enferm. 13(4): 577-584, ND. 2004 Dec.
	Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica	WETZEL, C; KANTORSKI, L. P.	Texto contexto - enferm. 13(4): 543-548, ND. 2004 Dec.
2005			

O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio	ABUHAB, D. ET AL.	Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 dez;26(3):369-80.
Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico	RABELO, I. V. M; TORRES, A. R. R.	Psicol. cienc. prof. v.25 n.4 Brasília dez. 20 05
Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	TAVARES, C. M. de M.; SOBRAL, V. R. S.	REME rev. min. enferm; 9(2): 121-125, abr.-jun. 2005
2006		
Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde	ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.	Cad. Saúde Pública 22(5): 1053-1062, ND. 2006 May.
O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários	SOARES, S. R. R.; SAEKI, T.	Rev. Latino-Am. Enfermagem 14(6): 923-929, . 2006 Dec.
2008		
Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial	HECK, R. M. ET AL	Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 647-55.
Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento	WETZEL C.; KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J de.	Rev. enferm. UERJ; 16(1): 39-45, jan.-mar. 2008.
2009		
Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento	BANDEIRA, M. ET AL	J Bras Psiquiatr; 58(2): 107-114, 2009.
Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial	JARDIM, V. M de R. ET AL	Texto contexto - enferm. 18(2): 241-248, ND. 2009 Jun.
Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil	KANTORSKI, L. P ET AL	Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, n o 1, jan-abr. 2009(CD-ROM)

Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil	KANTORSKI, L. P ET AL	Rev. Saúde Pública 43: 29-35, TAB. 2009 Aug.
Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental	KANTORSKI, L. P. ET AL	Interface (Botucatu) 13(31): 343-355, ILUS, TAB. 2009 Dec.
Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental	MIELKE, F. B. ET AL	Cogitare enferm; 14(1): 52-58, jan.-mar. 2009.
Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP	NASCIMENTO, A. de F.; GALVANESE, A. T. C.	Rev. Saúde Pública 43: 8-15, ND. 2009 Aug.
Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu	OLSCHOWSKY, A. ET AL	Rev. esc. enferm. USP 43(4): 781-787, ND. 2009 Dec.
Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental	ONOCKO-CAMPOS, R. T.	Rev. Saúde Pública 43: 16-22, ND. 2009 Aug.
Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso	RÉZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de	Esc. Anna Nery 14(2): 346-354, ND. 2010 Jun.
Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR	SCANDOLARA, A. S.;	Psicol. Soc. 21(3): 334-342, ND. 2009 Dec.
Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental	SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C.	Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 12(1): 130-140, ND. 2009 Mar
Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro	SCHNEIDER, J. F. ET AL	Ciencia y EnfermerIa XV (3): 91-100, 2009
Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial	SCHNEIRDER, J. F. ET AL	Rev. gaúch. enferm; 30(1): 131-135, mar. 2009.
2010		
Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008	BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S. de; FUENTES, A. C. de R. C.	Psicol. ciênc. prof; 30(4): 726-737, dez. 2010.
Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica	KANTORSKI, L. P ET AL	Rev. eletronica saúde mental alcool drog; 6(spe): 387-408, out. 2010.

Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial	KANTORSKI, L. P ET AL	Estud. pesqui. psicol. (Impr.); 10(1)abr. 2010. ilus.
Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica	MIRANDA, L; ONOCKO-CAMPOS, R. T.	Cad. Saúde Pública 26(6): 1153-1162, ND. 2010 Jun.
Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada	TOMASI, E. ET AL	Cad. Saúde Pública vol.26 no.4, Rio de Janeiro Apr. 2010
2011		
Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados	BANDEIRA, M. ET AL	J Bras Psiquiatr; 60(4): 284-293, 2011
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: a opinião do usuário	BRÊDA, M. Z ET AL	Rev. RENE; 12(4): 817-824, out.-dez. 2011.
Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família	CAMATTA, M. W. ET AL	Ciênc. saúde coletiva; 16(11): 4405-4414, nov. 2011.
Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial	DUARTE, M. de L. C.; KANTORSKI, L. P	Rev. bras. enferm. 64(1): 47-52, ND. 2011 Feb.
O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial	GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P.	Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.3 São Paulo June 2011
(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial	GUIMARÃES, J. ET AL	Ciência & Saúde Coletiva, 16(4):2145-2154, 2011
Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial	KANTORSKI, L. P ET AL	Ciênc. saúde coletiva 16(4): 2059-2066, TAB. 2011 Apr
Aspectos relacionados à plasticidade de um centro de atenção psicossocial da região sul do Brasil	KANTORSKI, L. P ET AL	Journal of Nursing and Health / Revista de Enfermagem e Saúde, Vol. 1, No 1 (2011)

A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção	KANTORSKI, L. P. ET AL	Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):4-13.
A integralidade no cotidiano das práticas em um centro de atenção psicossocial	PEREIRA, D. B. ET AL	Cogitare Enferm. 2011 Jul/Set; 16(3):430-6
Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil	PINHO, L. B de ET AL	Rev Panam Salud Publica; 30(4): 354-360, out. 2011.
O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético	SAMPAIO, J. J. C. ET AL	Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4685-4694, 2011
Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários	SANTOS, M. V. D. do ET AL	Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.2, p.94-100, 2011
A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP	SURJUS, L. T. de L. e S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.	Rev. latinoam. psicopatol. fundam. 14(1): 122-133, ND. 2011 Mar.
Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial	WETZEL, C. ET AL	Ciênc. saúde coletiva; 16(4): 2133-2143, abr. 2011
2012		
Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise	ARAUJO, A. K. de; TANAKA, O. Y.	Interface comun. saúde educ; 16(43): 917-928, out.-dez. 2012.
Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação	BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. de	J Bras Psiquiatr; 61(3): 124-132, 2012.
Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental	CAMILO, C. A. ET AL	Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 82-92
Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial	CORDEIRO, L. R. O.; OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, R. C. de.	Rev Esc Enferm USP; 46(1): 119-123, fev. 2012.

Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental	KANTORSKI, L. P ET AL	Ciênc. cuid. saúde; 11(1): 173-180, jan.-mar. 2012
Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais	LEAL, R. M. de A. C.; BANDEIRA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N.	Psicol. teor. prát; 14(1): 15-25, abr. 2012.
A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPSII), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina	MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F de	Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out/dez 2012.
Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados	MEIRELLES, M. C. P.; HYPOLITO, A. M.; KANTORSKI, L. P.	J Nurs Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;2(1):63-74.
Avaliação dos servicos de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativada literatura	SILVA, N. dos S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E.	Rev. Mineira de Enfermagen; 16(2): 280-288, abr.-jun. 2012.
2013		
As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental.	FIORATI, R. C.; SAEKI, T.	Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013
A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental.	FURTADO, J. P. ET AL	Cad Saude Publica; 29(1): 102-110, Jan. 2013
Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial de região sul do Brasil.	KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. da R.; QUEVEDO, A. L. A. de	Cienc Cuid Saude 2013 Out/Dez; 12(4):728-735
Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional	LIMA, F. C.; SCHNEIDER, D. R.	Revista Caminhos, On-line, "Humanidades", Rio do Sul, a. 4, n. 6, p. 39-64, abr./jun. 2013
2014		
Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa	OLIVEIRA, M. A. F. de O. ET AL	Saúde debate; 38(101): 368-378, Apr-Jun/2014
Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial	SOUZA, A. C. de; GULJOR, A. P. de F.; SILVA, J. L. L. da	Av.enferm., XXXII (2): 292-298, 2014

Referências Bibliográficas

ABUHAB, D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 369-80, dez 2005. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567. Acesso em: 03 nov. 2014.

ADAY, Lu Ann. & ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9:208-20. 1974

ALLEN, J., BALFOUR, R., BELL, R & M. MARMORT (2013). Social determinants of mental health. Executive Summary. Institute of Health Equity, University College London. WHO Commission of Social Determinants of Health, 2013.

ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological festures and prevalence estimates. *Br J Psychiatric*. 1997; 171:524-9. 1997.

ALVEZ, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Editora FIOCRUZ. 1994.

AMARANTE, P. D. de C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na ReformaPsiquiátrica no Brasil, *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP. 1995.

ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra et al. *Prevalence of mental disorders in an epidemiological catchment area in the city os São Paulo, Brazil.* Presented at the Symposium of the World Psychiatric Association Section of Epidemiology and Community Psichiatry, 19-22 October – Sydney, Australia. 1997.

ARAUJO, A. K. de; TANAKA, O. Y. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 917-928, out-dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop5512.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

ASSIS, J.T. et al. Política de Saúde Mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. *Divulgação em Saúde para Debate*. n. 52, p. 88-113. Rio de Janeiro, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Saúde Mental, Psiquiatras e População.* Acessado em http://www.abpbrasil.org.br/pesquisa/ em 11 de fevereiro de 2015. 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. *Saúde Mental, Psiquiatras e População.* Acessado em http//www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp , em 11 de fevereiro de 2015. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. Reportagem-Pesquisa ABP. Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais – online. Acessado em http://www.abp.org.br/portal/imprensa/pesquisa-abp/, em 11 de fevereiro de 2015. 2008.

ATHIÉ, K. ET AL. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,* 2013, v.8, n.26, 2013

BALLARIN, M. L. G. S.; MIRANDA, I. M. S. de & FUENTES, A. C. de R. C. Centro de Atenção Psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Psicologia: ciência e profissão***,** Brasília, DF, v. 30, n. 4, p. 726-737, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/v30n4a05.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

BANCO MUNDIAL. *Desigualdade na América Latina e no Caribe. Ruptura com a história?* Washington D.C. 2004.

BANDEIRA, M. et al. Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p.107-114, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a07.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

BANDEIRA, M. et al. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria***,** Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 284-293, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a09v60n4.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

BANDEIRA, M.; SILVA, M. A. de Escala de Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR): estudo de validação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 61, p. 3, p. 124-132, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/02.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator* / Fernanda Otoni de Barros-Brisset. - Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas *Gerais*, 2010

BASTOS, Francisco Inácio & BERTONI, Leilane (org). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

BIRD, Hector R. & DUARTE, Cristina S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. *Rev Bras Psiquiatr;* 24(4):162-3. 2002

BOTEGA, 2012. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral, Interconsulta e emergência.Artmed, 2012.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1989.

BOURDIEU, Pierre. *A Miséria do Mundo*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007 pp. 693-713. 2007.

BOYLE, Michael & GEORGIADES, Katholiki. Perspectives on child psychiatric Disorder in Canada. 2010. In: CAIRNEY, J & STREINER, D.L. (Ed). *Mental Disorder in Canada – An Epidemiological Perspective*. University of Toronto Press. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. *Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* / Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.74 p.: il. – (Série D. Reuniões e Conferência). 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. *Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.* Disponível em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf. Acesso em 12 out.2014. Brasília. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília. 2004ª

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário. 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental:1990-2004*. Brasília. 2004c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.* OPAS. Brasília, novembro de 2005. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1097, de 22 de maio de 2006. *Diário Oficial da União*. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental em Dados 9*, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011 (acesso em 20/10/13). 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007- 2010. 2011b

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. *Diário Oficial da União*. 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, Ano VII, no 10, março de 2012. Brasília. 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Informativo Eletrônico – Portal do Departamento de Atenção Básica*. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php . Acesso em 15 jan. 2015.

BRÊDA, M. Z et al. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas: a opinião do usuário. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 817-824, out-dez. 2011. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027977020.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4405-4414, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a13v16n11.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

CAMILO, C. A. et al. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 82-92, 2012. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_82-92.pdf.

Acesso em: 04 nov. 2014.

CAVALCANTI, Maria Tavares. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* vol.24 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2008

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CARDOSO, Ruth C.L. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In *A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.

CEBRID (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país : 2001 / E.A. Carlini ... [et al.]. -- São Paulo : CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas : UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002

CEPAL, IPEA e PNUD (2004). Relatório Conjunto.

COHEN, Jacob. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, Erlbaum. 1998.

COLLINGS, Pamela Y; PATEL, Vickram; JOESTI, Sarah S Et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 475, 27–30 (07 July 2011). doi:10.1038/475027ª. 2011.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane & DELGADO, Pedro Gabriel. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):390-8 . 2008

CORDEIRO, L. R. O.; OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, R. C. de. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n.1, p. 119-123, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a16.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

DALGALARRONDO P, BOTEGA NJ, BANZATO CEM. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. *Rev Saude Publica*. 2003;37(5):629-34. DOI: 10.1590/S0034-89102003000500013 . 2003

DANCEY, Christine & REIDY, John. *Estatística sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS*

para Windows. Porto Alegre, Artmed. 2006.

DANTAS, Clarissa R. & ODA, Ana Maria Galdini R. (2014) . Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1127-1179, 2014

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da Tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá. 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel. Atendimento Psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. In *Cadernos IPUB*, nº 14. Instituto de Psiquiatria, UFRJ. 1999.

DEPARTMENT OF HEALTH (DH). *The National Service Framework for Mental Health; Modern Standards and service models for mental health*. London: DH. 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira; LEMOS, Marcela Pinto. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*; (24)(6):441–8. 2008.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [online]. 2005, vol.3, n.5 , pp. 23-41. 2005

DINIZ, Débora (2013) . A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [recurso eletrônico] / Débora Diniz. -- Brasília : Letras Livres : Editora Universidade de Brasília, 2013.

DONABEDIAN, Avedis. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press. 1973.

DUARTE, M. de L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial, *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 47-52, jan/fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 21 out. 2014.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf. Acesso em: 12 dez. 2014

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova, Revista de Cultura e Política*: nº 24, setembro de 1991; 85-116. 1991

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova, Revista de Cultura e Política*, n. 35, 73-111. 1995.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

FLEITLICH-BILYK, Bacy & GOODMAN, Robert. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2004; 43(6):727-734

FORMIGLI, Vera Lúcia A.; SILVA, Lígia Maria V. da. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Públ*., Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994. 1994.

FORTES, Sandra & BALLESTER, D. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade, p. 266-270. In: BRASIL, M.A.A. et. al. *Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

FORTES, Sandra et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1079-1102, 2014.

FURTADO, J. P. et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v 29, n.1, p. 102-110, jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/12.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

GERALDES, P. C.; MELLO, J. H. de; RODRIGUEZ, J. E. B. Avaliação da qualidade nos serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 323-326, jun. 1994.

GIOVANELLA, L, FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.177-198. 1996.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, vol. 45, n. 3, p. 716-721, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

GOERING, P & WADELL, C. Knowledge translation in mental health: form epidemiology to policy. In: CAIRNEY, J & STREINER, D.L. (Ed). *Mental Disorder in Canada – An*

Epidemiological Perspective. University of Toronto Press. 2010.

GOFFMAN, Erving. *Estigma*. Rio de Janeiro, Zahar. 1982

GOLDBERG, Jairo. A clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá. 1996

GOLDBERG, D. & HUXLEY, P. *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care.* Londres: Tavistock. 1980.

GUIMARÃES, J.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2145-2154, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

HAGUE, John & COHEN, Alan. *The Neglected Majority: Devoloping intermediate mental health care in primary care*. The Sainsbury Centre do Mental Health. 2005

HARTZ, Zulmira M. A. & VIEIRA-DA-SILVA, Lígia M. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 2005.

HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-55, out/dez 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/04.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

HORWITZ, Allan Victor. Seeking and Receiving Mental Health Care. *Current Opinion in Psychiatry*, 1996, 9: 158-161. 1996.

IBGE, 2015. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados fornecidos em meio eletrônico http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm ; acesso em 02 de abril de 2015

JARDIM, V. M. de R. et al. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 241-248, abr/jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/06.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

JORM, A. F. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*;177:396-401.2000.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. da R. & QUEVEDO, A. L. A. de. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial de região sul do Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 12, n. 4, p. 728-735, out/dez. 2013. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10867/pdf_82. Acesso em: 04 nov. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n 1, jan/abr. 2009a. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1015/1140. Acesso em: 21 out. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 29-35, jun. 2009b. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, out/dez. 2009c. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a09v1331.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Avaliando a política de saúde mental num CAPS: a trajetória no movimento antimanicomial. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010a. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n1/v10n1a16.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Avaliação qualitativa no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, p. 387-408, out. 2010b. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38724. Acesso em: 03 nov. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 4-13, jan./mar. 2011a. Disponível em: http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3401/2792. Acesso em: 03 nov. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Aspectos relacionados à plasticidade de um centro de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 60-68, jan/mar. 2011b. Disponível em: http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3407/2798. Acesso em: 21 out. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, abr. 2011c. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a05.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

KANTORSKI, Luciane. P. et al. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 173-180, jan/mar. 2012. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18875/pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

KESSLER, Ronald C. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III R psychiatric disorders in The United States. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, p. 8 – 19; 1994.

KESSLER, Ronald C. et al. The 12 month prevalence and correlates of serious mental illness. In: MANDERSCHEID, R. W & SONNENSHEIN, M.A. *Mental Health*. United States, 1996. Washington D.C. 1996.

KLEINMAN, Arthur et al. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Ann Intern Med* 1978;88:251–88. 1978.

KLIKSBERG, Bernardo. Desigualdad, Salud Pública y Ética- El caso latinoamericano. Ethos Guvernamental. *Revista Del Centro para El Desarrolo Del Pensamiento Ético.* Número IV – 2006-2007. p 155-186. 2007.

KOHN, Robert; SAXENA, Shekhar; LEVAV, Itzhac, SARACENO, Benedetto. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization.* November 2004, 82 (11). 2004

LANCETTI, Antônio. (Org.). Saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec. (Saúde e Loucura, 7). 2000.

LAVRAS, Carmem. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 20, n. 4, Dec. 2011.

LEAL, R. M. de A. C.; BANDERIA, M. B.; AZEVEDO, K. R. N. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 14, n. 1, p 15-25, abr. 2012. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/1938/193823753002.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

LEFORT, Claude. A questão da democracia. In Pensando o Político. Ensaios sobre Democracia, Revolução e Liberdade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

LESAGE, Alain D. Contribution of Psychiatric Epidemiology to the study od the Adult Severely Mentally Ill. In: CAIRNEY, J & STREINER, D.L. (Ed). *Mental Disorder in Canada – An Epidemiological Perspective*. University of Toronto Press. 2010.

LESTER, Helen et al. Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Fam Med* 2004;36(1):28-34. 2004

LIMA, F. C.; SCHNEIDER, D. R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos – Dossiê Humanidades*, Rio do Sul, a. 4, n. 6, p. 39-64, abr./jun. 2013. Disponível em: http://www.caminhos.unidavi.edu.br/wp-content/uploads/2013/06/ha4n62013_artigo_03.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

LINK, B.G. et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior 1997;38:177-90.* 1997.

MÂNGIA, Elisabete F & MURAMOTO, Melissa T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. *Rev. Ter. Ocup*. Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 118-125, maio/ago. 2009.

MARI, Jair de Jesus & JORGE, Miguel Roberto. Transtornos Psiquiátricos na clínica geral. Psychiatry On-Line Brazil, acessado em 26/03/2015 em http://www.polbr.med.br/ano97/tpqcm.php . 2015.

MARI, Jair de Jesus; JORGE, Miguel Roberto e KONH, Robert. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In. MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andréa de Abreu Feijo de; KONH, Robert (org). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed. 2007.

MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. F de. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPSII), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out/dez 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

MARSHALL, T H. *Citizenship and Social Class. And Other Essays*. Cambridge: University Press. 1950.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. de. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 577-584, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a10.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

MEIRELLES, M. C. P.; HYPOLITO, A. M.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 63-74, jan/jun. 2012. Disponível em: http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3457/2842. Acesso em: 03 nov. 2014.

MIELKE, F. B. et al. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 52-58, jan./mar. 2009. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/14102/9486. Aceso em: 21 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social : Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes. 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Avaliação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2005.

MIRANDA, L; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/09.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

NASCIMENTO, A. de F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43: supl. 1, p. 8-15, ago. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

NUPPSAM. *Relatório Técnico – Convênio 216/10. Volume 3. Modelo Comunitário Em Saúde Mental Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede*. NUPPSAM/IPUB/URJ. No Prelo. Rio de Janeiro. 2014

OLIVEIRA, M. A. F. de O. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 368-378, abr/jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0368.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a07v43n4.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. ET AL. Oficinas de construção de indicadores e dispositivos de avaliação:uma nova técnica de consenso. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, ANO 10, N. 1,

P.221-241, 1º QUADRIMESTRE DE 2010

ONOCKO-CAMPOS, R.T. ET al. Saúde Mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. in. *Ciência & Saúde Coletiva,* volume 16 número 12, dezembro 2011. 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. ET AL. AVALIAÇÃO DA REDE DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL. *Revista de Saúde Pública*, SÃO PAULO, V. 4, SUPL. 1, P.16-22, AGO. 2009. DISPONÍVEL EM: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/749.pdf. ACESSO EM: 30 OUT. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. ET AL. No prelo. Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: Indicadores para Avaliação e Monitoramento dos CAPS III do Estado de SP. Relatório Científico Final. 2015.

ONOCKO-CAMPOS, R T & FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).Organização Pan-Americana de Saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, nova esperança*. 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Macroeconomia e Saúde.* Genebra: OMS. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Investir na saúde: Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde*. Genebra: OMS. 2003.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia, & MACINKO, James. Saúde no Brasil - O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf . 2011.

PEREIRA, D. B. et al. A integralidade no cotidiano das práticas em um centro de atenção psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.16, n.3, p. 430-6, jul/set.2011. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21165/16226. Acesso em: 04 nov. 2014.

PINHO, L. B. de et al. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 30, n. 4, p. 354-360, out. 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n4/v30n4a09. Acesso em: 21 out. 2014.

PITTA, Ana Maria Fernandes 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. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 9, p. 441-452, set. 1995.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12): 4579-4589, 2011.

PORTO, S.M. et al. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (9): 3795 – 3806, 2011. 2011.

RABELO, I. V. M; TORRES, A. R. R. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n. 4, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/pcp/v25n4/v25n4a10.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

RETOLAZA, Ander (coord). *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 2009.

RÉZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 346-354, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/18.pdf. Acesso em: 04 nov. 2014.

ROBERTS, E. R., ATTKISSON C.C., ROSENBLATT A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-725. 1998

ROBINS, Lee N & REGIER, Darrel A. (Ed). *Psychiatric Disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press, 1991.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

SANTOS, Élem Guimarães & SIQUEIRA, Marluce Miguel. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. Bras Psiquiatr* 2010; 59(3): 238-246. 2010.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na política nacional de humanização: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência e Saúde Coletiva* 12(4):999-1010. 2007.

SANTOS, M. V. D. do et al. Análise do trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva dos usuários. *Saúde & Transformação Social,* Florianópolis, v. 2, n. 1, p.94-100, 2011. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/517/667. Acesso em: 21 out. 2014.

SANTOS, Milton. *O Espaço do Cidadão*. 4. ed. São Paulo: Nobel. 1998.

SANTOS, Minton. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. 9. ed. São Paulo: Cortez. 2006.

SANTOS, Núbia Schaper; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa & DELGADO, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2000, vol.20, n.4. 2000.

SANTOS, W.G. Gênese e apocalipse: elementos para uma teoria da crise institucional latino-americana. *Revista Novos Estudos,* n. 20, CEBRAP, São Paulo, março, 1988.

SAREEN, Jitender et al. Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv* 58:357-364, March 2007. doi: 10.1176/appi.ps.58.3.357. 2007.

SCANDOLARA, A. S. et al. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel – PR. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 334-342, set/dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a06v21n3. Acesso em: 03 nov. 2014.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12 , n. 1, p. 13 0-140, mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a09v12n1.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

SCHMIDT, Moema B. & FIGUEIREDO, Ana Cristina. Os três As: acesso, acolhimento e acompanhamento – uma proposta de avaliação de serviços de saúde para o trabalho nos CAPS. In: COUTO, Maria Crsitina V. e MARTINEZ, Renata G. (Orgs). *Saúde Mental e Saúde Pública – Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. NUPPSAM/IPUB/UFRJ. 2007.

SCHNEIDER, J. F. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*, Concepción, v. 15, n. 3, p. 91-100, 2009a. Disponível em:

http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf. Acesso em: 30 out. 2014

SCHNEIDER, J. F. et al. Utilização da avaliação de quarta geração em um centro de atenção psicossocial. *Revisa Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 131-135, mar. 2009b. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3475/6571. Acesso em: 30 out. 2014.

SEN, Amartya & KLIKSBERG, Bernardo. As pessoas em primeiro lugar – A ética do Desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo, Companhia das Letras. 2010.

SEN, Amartya. *La salud en el desarrollo*. Discurso inaugural ante la 52 Asamblea Mundial de la Salud. 16 de Mayo. 1999.

SILVA FILHO, J. F. da et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói-RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 7, p. 393-402, jul. 1996.

SILVA, Márcia Terra da; LANCMAN, Sílvia; ALONSO, Carolina Maria do Carmo. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev. Saúde Públ*., São Paulo, v. 43, supl. 1, p.33-42, ago. 2009.

SILVA, N. dos S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 280-288, abr./jun. 2012. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/530/v16n2a18.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

SOARES, Luis Eduardo. *O que eu sei e o que eu não sei sobre as manifestações pelo passe livre*. Colhido em http://www.luizeduardosoares.com/?p=1098 em 06/11/2013. 2013.

SOARES, S. R. R.; SAEKI, T. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 923-929, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a14.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

SOUZA, A. C. de; GULJOR, A. P. de F.; SILVA, J. L. L. da Refletindo sobre os centros de atenção

psicossocial. *Avances em Enfermería*, Bogotá, v. 32, n. 2, p. 292-298, jul./dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a13.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

SPOSATI, A. Exclusão social abaixo da linha do Equador. in:VERÁS, M. P. B. (ed.) *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo, Educ. 1999

SURJUS, L. T. de L. e S.; ONOCKO-CAMPOS, Rosana T. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.14, n. 1, p. 122-133, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n1/09.pdf. Acesso em: 30 de out. 2014.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: Concepcão e Metodologia de Aplicação. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.19, n.2, p. 333-342,2014

TANAKA, Oswaldo Y. & RIBEIRO, Edith Lauridsen. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2); 477-486, 2009

TANSELLA, Michele & THORNICROFT, Graham. A conceptual framework for mental heath services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 1998, 28, 503-508. Cambridge University Press. 1998.

TAVARES, C. M. de M.; SOBRAL, V. R. S. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 121-125, abr./jun. 2005. Disponível em: http://www.reme.org.br/exportar-pdf/449/v9n2a05.pdf. Acesso em: 21 out. 2014.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

THE SAINSBURY CENTRE FOR MENTAL HEALTH. *Primary Solutions: An independent policy review on the development of primary care mental health services*. London: SCMH. 2002

THERBORN, Göran. *When, How and Why a Welfare State become a Welfare State*? ECPR Workshops, Freiburg, Mar. 1983.

THORNICROFT, Graham. Most people with mental illness are not treated. *Lancet*. Sep 8;370(9590):807-8. 2007.

TITMUSS, Richard M. *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin. 1958.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26 n. 4, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n4/22.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

TRAVASSOS, Cláudia & MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198. 2004.

VASCONCELOS, Eduardo M. Avaliação de serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica: revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 189-197, abr. 1995.

WERNECK VIANNA, Maria Lúcia Teixeira. Notas sobre política social. *PHYSYS - Revista de Saúde Coletiva*. IMS/UERJ, v. 1, n. 1, 1991, 133-159. 1991.

WETZEL, C & KANTORSKI, Luciane P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 543-548, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a12.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

WETZEL C & KANTORSKI, Luciane P.; SOUZA, J de. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 39-45, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a06.pdf. Acesso em: 03 nov. 2014.

WETZEL, C. et al. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2133-2143, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a13.pdf. Acesso em: 30 out. 2014.

WILLIAMS, P. & WILKINSON, G. The Determinants of Help-Seeking for Psychological Disorders in Primary Health Care Settings. In SARTORIUS, N.; GOLDBERG, D.; DE GIROLAMO, G. y otros (eds.). *Psychological Disorders in General Medical Settings*.Toronto, Hogrefe & Huber, 1990.

YIN, Robert K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2005.

Anexo 1

Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede de CAPS dos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais.

Prezado(a) coordenador(a) de CAPS:

O formulário a seguir tem o objetivo de levantar informações sobre o CAPS que você coordena, para a pesquisa *Modelo Comunitário em Saúde Mental: Pesquisa, Avaliação e Qualificação da Rede de CAPS dos Estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais*.

Esta etapa da pesquisa consiste em um questionário, com 122 questões, a ser respondido pelo(a) coordenador(a) do serviço. Em sua maioria, as perguntas podem ser respondidas diretamente, com base na experiência e no conhecimento adquiridos ao longo do seu percurso como coordenador(a) do CAPS. Algumas poucas perguntas, relacionadas aos resultados do serviço, demandarão informações mais consolidadas.

Estimamos que você precisará de um tempo de cerca de 90 minutos para responder a todo o formulário. Considere o mês de **ABRIL de 2013** como o mês de referência para as perguntas, e leve em conta todo o conhecimento direto que você tem sobre o CAPS. Procure, na medida do possível, não deixar nenhuma pergunta sem resposta.

Este formulário está organizado em 3 eixos: estrutura (recursos físicos, humanos e materiais do serviço), processo (formas de organização do trabalho) e resultados (ações realizadas). Além das informações objetivas, você será solicitado a expressar sua própria avaliação, como coordenador, sobre o funcionamento geral do serviço.

Todas as informações fornecidas estão submetidas às regras de confidencialidade das pesquisas acadêmicas. Apenas você e a equipe da pesquisa, na UFRJ, terão acesso ao seu formulário.

O acesso ao questionário será franqueado a você durante o período de **28 de maio a 16 de junho de 2013.**

O Sistema não exige que você responda a todo o questionário de uma vez. Você poderá, no período em que o questionário ficar disponível na internet, deixar para responder questões mais tarde, ou mesmo modificar respostas já dadas.

Para que isto seja possível, o sistema fornecerá, na primeira vez que você salvar o seu questionário incompleto (ou clicar em INTERROMPER – ação disponível a partir da segunda página do formulário), **um novo endereço (link) e um número de protocolo (senha)**. Salve essas informações com cuidado. Quando quiser retornar ao seu questionário, basta acessar o formulário através desse novo link, e digitar o número de

protocolo (senha).

É importante notar que a partir das 24 horas do **dia 16 de junho** não será mais possível acessar os questionários.

Caso você precise entrar em contato com a equipe de pesquisa, clique no botão “Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário”.

Agradecemos sua colaboração.

Dados do CAPS

1)**Nome do CAPS:** * _____

2)**Número do CNES:** _____

3)**Estado:** _____

4) **Município:**_____

5)**Endereço:** _____

6)**Bairro:** _____

7)**CEP:** _____

8)**Telefone para Contato:** _____
Informe DDD e número. Ex: (21) xxxxxxxx

9)**FAX:** _____

10)**Endereço eletrônico do CAPS:** _____
Caso o CAPS não possua endereço eletrônico institucional, forneça o e-mail do coordenador do CAPS ou, ainda, do coordenador municipal de saúde mental.

11)**Tipo de CAPS:** *
[ ] CAPS I
[ ] CAPS II
[ ] CAPS III
[ ] CAPSi
[ ] CAPSad
[ ] CAPSad III

12)**Data de Início de Funcionamento do CAPS:** _____
Considere início do funcionamento a data na qual o CAPS passou a atender usuários. Caso o serviço tenha sido originado de um ambulatório, considere o início de seu funcionamento como um CAPS.

13)**População estimada para a qual o CAPS é referência:**
Escolha abaixo a opção que melhor represente o contingente populacional para o qual o CAPS é referência

[ ]Até 20 mil habitantes
[ ]Entre 20 mil e 50 mil habitantes
[ ]Entre 50 mil e 100 mil habitantes
[ ]Entre 100 mil e 150 mil habitantes
[ ]Entre 150 mil e 200 mil habitantes
[ ]Entre 200 mil e 250 mil habitantes
[ ]Entre 250 mil e 300 mil habitantes
[ ]Entre 300 mil e 350 mil habitantes
[ ]Entre 350 mil e 400 mil habitantes
[ ]Entre 400 mil e 450 mil habitantes
[ ]Entre 450 mil e 500 mil habitantes
[ ]Mais de 500 mil habitantes
[ ]Não sei

14)**O CAPS é referência para mais de um município (como resultado de Consórcio ou Pactuação entre municípios)?**

[ ]Não
[ ]Sim
[ ]Não sei

15)**Se respondeu "sim" à questão anterior, informe para quais municípios, além do seu, o CAPS é referência:**
Escreva no campo abaixo. Divida os municípios por ponto e vírgula (;):

Identificação do Respondente

16)**Nome do(a) Coordenador(a): _____**

17)**Endereço eletrônico: _____**

18)**Sexo:**

[ ]Feminino
[ ]Masculino

19)**Data de nascimento: _____**

20)**Quantas horas semanais aproximadamente você dedica às atividades do CAPS?**
[ ]10 horas
[ ]20 horas
[ ]30 horas
[ ]40 horas

21)**Há quanto tempo você trabalha no CAPS como Coordenador(a)? _____**

Responda com o número de meses. Ex.: 11

22)**Você está regido por qual tipo de vínculo no CAPS?**
[ ]Servidor Público (CLT ou Estatutário)
[ ]Contrato Emergencial/Temporário/Terceirizado
[ ]Contrato através de outras instituições (OSS/ONG/Outros)
[ ]Outro

23)**Qual a sua área de atuação profissional?**
Marque a alternativa que considere mais relevante para o seu trabalho no CAPS, caso atue em mais de uma área:
[ ]Enfermagem
[ ]Psicologia
[ ]Medicina
[ ]Serviço Social
[ ]Pedagogia
[ ]Terapia Ocupacional
[ ]Administração
[ ]Técnico (profissional de outra área)
[ ]Outra área

24)**Qual o seu maior grau de escolaridade?**
[ ]Ensino Fundamental Completo
[ ]Ensino Fundamental Incompleto
[ ]Ensino Médio Completo
[ ]Ensino Médio Incompleto
[ ]Curso Técnico Completo
[ ]Curso Técnico Incompleto
[ ]Ensino Superior Completo
[ ]Ensino Superior Incompleto
[ ]Especialização Completa
[ ]Especialização Incompleta
[ ]Residência Completa
[ ]Residência Incompleta
[ ]Mestrado Completo
[ ]Mestrado Incompleto
[ ]Doutorado Completo
[ ]Doutorado Incompleto
[ ]Sem escolaridade

25) **Assinale abaixo os cursos concluídos em pós-graduação:**
Marque uma ou mais alternativas
[ ]Especialização na área de Saúde Mental
[ ]Especialização em outra área
[ ]Residência médica
[ ]Residência multidisciplinar
[ ]Mestrado em Saúde Mental

[ ]Mestrado em outra área
[ ]Doutorado na área de Saúde Mental
[ ]Doutorado em outra área
[ ]Pós-doutorado
[ ]Não concluiu pós graduação

Estrutura

26)**Área física do CAPS:**
Considere a área total do CAPS, conforto e conservação do prédio, móveis, área de lazer e de atividades em grupos, banheiros, área de copa-cozinha, luminosidade, ventilação, ambiente arquitetônico agradável, acessibilidade (para pessoas idosas ou com dificuldades de movimento) e atribua uma nota entre:
0 (zero) = área física muito inadequada e desconfortável, a 10 (dez) = excelente área física, móveis e espaço adequados para as atividades do CAPS e confortáveis.

Considere o local atual de funcionamento do serviço, mesmo que seja uma instalação provisória:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 (zero) = área física muito inadequada e desconfortável 10 (dez) = excelente área física, móveis e espaço adequados para as atividades do CAPS e confortáveis.											

27) **Localização espacial e acessibilidade:**
Marque a alternativa que melhor descreve a localização do CAPS levando em conta seu território de atuação:

[ ]localizado em área central do território de abrangência, com fácil acesso para os usuários (por transporte coletivo ou outro meio de transporte)
[ ]localizado em área distante do centro do território de abrangência, mas com fácil acesso para os usuários (por transporte coletivo ou outro meio de transporte)
[ ]localizado em área distante do centro do território de abrangência, com difícil acesso (por transporte coletivo ou outro meio de transporte) para a maioria dos usuários

28)**Refeições:**
Marque a melhor alternativa. O CAPS serve diariamente, à maioria de seus usuários:

[ ]café da manhã, almoço e lanche da tarde
[ ]café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar
[ ]café da manhã e lanche da tarde
[ ]almoço e lanche da tarde
[ ]o CAPS não serve nenhum tipo de refeição no momento

29)**Insumos:**
Marque abaixo, diante de cada uma das categorias de insumos, sua disponibilidade para o CAPS:

	sempre disponível	irregularmente disponível	raramente disponível	nunca disponível
Medicamentos:				

Insumos específicos para atividades de redução de danos:					
Material para oficinas:					
Material de Limpeza:					
Material de Escritório:					
Computador:					
Impressora:					
Telefone com autorização para ligar para celular:					
Telefone celular à disposição da coordenação:					
Telefone celular para uso pela equipe:					
Veículo a serviço do CAPS:					

30)**Escolha abaixo a opção que mais se aproxima da situação do CAPS em relação ao fornecimento de medicação:**

[ ]Não fornece nenhum tipo de medicamento
[ ]Fornece medicamentos essenciais de saúde mental
[ ]Fornece medicamentos essenciais e excepcionais de saúde mental
[ ]Os usuários buscam medicação em outro serviço de saúde do município, indicado pelo CAPS
[ ]Outros

31)**Assinale abaixo o número de profissionais de cada categoria profissional que estão em atividade no CAPS no mês de referência:**
(abril de 2013). Caso o profissional exerça mais de uma função, marque apenas a mais relevante. Não inclua estagiários, residentes ou especializandos.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	mais de 20
Médico (a) Psiquiatra:																						
Médico (a) Clínico (a):																						
Psicólogo (a):																						
Enfermeiro (a):																						
Pediatra:																						
Assistente Social:																						
Terapeuta Ocupacional:																						
Farmacêutico (a):																						
Pedagogo (a):																						
Nutricionista:																						
Administrador(a):																						
Técnicos (as) de enfermagem:																						
Oficineiro(a)/Monitor(a):																						
Profissionais administrativos(as) (secretaria, etc.):																						

Profissionais de limpeza:																				
Auxiliar de Cozinha:																				
Segurança Patrimonial:																				
Outros:																				

Processo

32)**Qual a periodicidade das reuniões gerais de equipe?**

[ ]semanal
[ ]quinzenal
[ ]mensal
[ ]bimestral
[ ]eventual, conforme a necessidade
[ ]não realiza

33)**As reuniões de equipe:**

	não	sim
Abordam questões administrativas?		
Discutem Projetos Terapêuticos Individuais?		
Discutem casos clínicos?		
Discutem sobre medicações?		

34)**Quem participa das reuniões gerais de equipe?**

	não	sim
Profissionais de nível superior, diretamente envolvidos na assistência:		
Profissionais de nível superior da área administrativa:		
Profissionais de nível médio, diretamente envolvidos na assistência:		
Profissionais de nível médio da área administrativa:		

35)**Você considera que a reunião geral de equipe é conduzida de forma a propiciar uma tomada coletiva de decisões?**

Utilize a escala abaixo para expressar a sua opinião

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											

36)**Você considera que todos os integrantes do serviço têm oportunidades semelhantes para exposição de ideias na reunião geral de equipe?**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											

37)**Qual a periodicidade das assembleias?**

[ ]O CAPS não realiza assembleia
[ ]semanal

[ ]quinzenal
[ ]mensal
[ ]bimestral
[ ]conforme a necessidade

38)**Quem participa das assembleias?**

	não	sim
Usuários:		
Familiares:		
Equipe técnica:		
Equipe administrativa:		
Comunidade:		
Outros participantes:		

39)**Você considera que a assembleia é um espaço coletivo de tomada de decisões?**
Utilize a escala abaixo para expressar a sua opinião

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											

40)**Na sua avaliação, com que frequência ocorrem ou são referidas situações de sobrecarga, sobretrabalho e exaustividade em relação aos trabalhadores do CAPS?**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											

41)**Existem mecanismos para acolher queixas dos trabalhadores acerca de sobretrabalho, sobrecarga e exaustividade?**

[ ]não
[ ]sim

42)**Para o seu funcionamento os CAPS recebem recursos de origem federal, estadual e municipal. Você considera que estes recursos estão sendo alocados (distribuídos) de que maneira?**
Marque abaixo a alternativa que melhor descreve o contexto do seu CAPS:

[ ]Excelente – Os recursos de origem federal, estadual e municipal estão sendo integralmente investidos no CAPS
[ ]Bom – Os recursos de origem federal são investidos apenas parcialmente no CAPS. Os recursos estadual e municipal são investidos no serviço
[ ]Regular – Recursos de origem federal, estadual e municipal são investidos parcialmente no serviço
[ ]Ruim - Os recursos de origem federal não são investidos no serviço, Os recursos estadual e municipal são investidos apenas parcialmente
[ ]Péssimo – São investidos apenas recursos municipais no CAPS

43)**O CAPS participa, como membro, de algum Conselho do Controle Social do SUS?**

[ ]não
[ ]sim

44)**Quais são as formas de avaliação, monitoramento e supervisão das ações realizadas pelos profissionais?**

	não	sim
Relatório de atividades:		
Discussão de casos na reunião de equipe:		
Acompanhamento diário das atividades realizadas:		
Supervisão clínico/institucional:		
Relatórios de produção (mensais, semestrais ou anuais):		
Rotinas de avaliação de trabalho prescrito e trabalho realizado:		

45)**Qual o custeio mensal médio aproximado do seu serviço?**
Incluir, se houver: compra de alimentos, pessoal responsável por produzir as refeições, material de limpeza, pessoal responsável pela limpeza, segurança, água, energia elétrica, telefone, internet, impostos, gás, gasolina, aluguel de carro, aluguel de imóvel, transporte de usuários, materiais de oficinas, materiais de escritório, material de farmácia/sala de medicação, manutenção de estrutura física, manutenção de equipamentos, manutenção de área externa e jardinagem, atividades culturais, qualificação profissional e outras despesas. Excluir: salários/remuneração dos recursos humanos das atividades fim/técnica:

[ ]Não sei, não tenho elementos para oferecer esta informação
[ ]Menos de R$15.000,00
[ ]De R$15.000,00 a R$25.000,00
[ ]De R$25.001,00 a R$40.000,00
[ ]De R$40.001,00 a R$60.000,00
[ ]De R$60.001,00 a r$80.000,00
[ ]De R$80.001,00 a R$120.000,00
[ ]Acima de R$120.000,00

46)**Quanto às formas de organização política dos usuários do CAPS, existe:**

	não	sim
Associação de usuários :		
Associação de familiares do CAPS:		
Associação de usuários e familiares :		

47)**Como você avalia o grau de participação dos usuários e familiares do CAPS em relação ao apoio para a sustentabilidade política do serviço e da rede de saúde mental?**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0= Não há participação 10 = Há grande participação:											

48)**Quanto ao acolhimento (primeira abordagem) de usuários novos (isto é, aqueles que ainda não estão em tratamento no CAPS e estão acessando o serviço pela primeira vez), escolha a opção que mais se aproxima da realidade do CAPS:**

[ ]Há acolhimento na chegada do usuário em qualquer dia e horário
[ ]O acolhimento dos casos de primeira vez é feito apenas em dias e horários preestabelecidos
[ ]Existe dia e horário preestabelecido para o acolhimento, porém as urgências e crises são atendidas na

chegada do usuário
[ ]Não há acolhimento de primeira vez

49)**O CAPS tem lista de espera?**

[ ]não
[ ]sim

50)**Quanto à procedência dos usuários em atendimento no CAPS, assinale as três situações mais frequentes:**

[ ]Demanda espontânea
[ ]Ambulatório de Psiquiatria
[ ]Ambulatório de Psicologia
[ ]Ambulatório (outras especialidades)
[ ]Assistência Social/CRAS ou CREAS
[ ]Assistência Social/Outros Programas
[ ]Equipe PSF/PACS ou Centro de Saúde da Atenção Básica
[ ]NASF
[ ]Hospital Psiquiátrico
[ ]Hospital Geral
[ ]Rede de Urgência e Emergência/ SAMU 192
[ ]Serviço de urgência/emergência psiquiátrica
[ ]Educação/Escolas
[ ]Justiça/Conselho Tutelar/Varas de Justiça
[ ]Promotorias de Justiça
[ ]Outros CAPS
[ ]Organizações Filantrópicas e não governamentais
[ ]Outros

51)**São critérios de inclusão preferenciais para tratamento regular no CAPS:**
Registre sua avaliação na escala abaixo, onde 1= pequena prioridade e 5= máxima prioridade

	1	2	3	4	5
Ser morador do território:					
Faixa etária compatível com o tipo de CAPS:					
Portador de transtornos mentais severos:					
Encaminhado pela atenção primária/PSF:					
Usuário de Álcool e Outras Drogas:					
Usuário encaminhado pela justiça:					
Estar em situação de extrema vulnerabilidade psicossocial:					

52)**São critérios preferenciais para encaminhamento:**

	não	sim
Ser morador de outro território:		
Não ser portador de transtorno mental severo:		
Ser caso avaliado como mais elegível para a assistência social:		
Ser caso com características que exigem um aparato institucional com maior complexidade:		

Ter doença física grave:		
Ter retardo mental de grave a severo:		
Ser usuário que pode ser adequadamente acompanhado pela Atenção Básica:		
Ser usuário que pode ser adequadamente acompanhado em um ambulatório:		

53)**Os usuários possuem Projeto Terapêutico Individual/Singular (PTI/PTS), fruto de avaliação de uma equipe de cuidado?**

[ ]Não
[ ]Até um terço dos usuários
[ ]Mais da metade dos usuários
[ ]Todos os usuários

54)**Na sua opinião, os usuários e familiares participam efetivamente do processo de construção do PTI/PTS? Marque na escala abaixo o que mais corresponde à realidade do CAPS.**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											

55)**Quais são as ações/atividades terapêuticas ofertadas pelo serviço?**

	não	sim
Oficinas terapêuticas:		
Oficinas de geração de renda:		
Oficina de arte/cultura :		
Atendimento individual:		
Grupo terapêutico:		
Atendimento familiar :		
Grupo de familiares:		
Grupos de medicamento:		
Grupos de orientação:		
Grupo de recepção/acolhimento:		
Dispositivo de acompanhamento alcançável em feriados e fins de semana:		
Dispositivo de acompanhamento de internações hospitalares:		
Dispositivo regular de articulação para acesso a consultas/tratamento clínico:		
Atividades culturais externas:		
Visitas Domiciliares:		
Atividades em espaço comunitário:		
Atividades de lazer:		
Ações de Redução de danos:		
Equipes volantes de acompanhamento de casos complexos no território:		
Atividades de intervenção no trabalho ou ambiente social:		

Ações de busca ativa de casos de pacientes já acolhidos:		
Saúde bucal :		
Assembleia de usuários/familiares:		
Acolhimento Noturno:		
Monitoramento clínico cardiológico, através da rede de saúde, de usuários em uso de neurolépticos de segunda geração:		
Educação Física e Esporte:		
Ações em conjunto com a Atenção Básica/ESF–PACS/ Apoio matricial para ESF/PACS:		
Ações de prevenção às DST/AIDS:		
Ações de educação em saúde:		
Tratamento do tabagismo:		

56)**O CAPS trabalha com técnico de referência?**

[ ]não
[ ]sim

57)**Qual o número aproximado de usuários sob a responsabilidade de 1 (um) técnico de referência?**
Responde com números (ex.: 5). Inserir 0, caso o CAPS não trabalhe com técnico de referência

58)**A função de técnico de referência é exercida por:**

[ ]psicólogo, preferencialmente
[ ]médico, preferencialmente
[ ]assistente social, preferencialmente
[ ]enfermeiro, preferencialmente
[ ]terapeuta ocupacional, preferencialmente
[ ]qualquer profissional da equipe de cuidado pode ser designado como técnico de referência
[ ]não se aplica

59)**Com que frequência o CAPS realiza reuniões com familiares?**

[ ]não realiza
[ ]semanal
[ ]quinzenal
[ ]mensal
[ ]eventualmente

60)**O CAPS realiza Visitas Domiciliares?**

[ ]não
[ ]de 1 a 2 visitas por mês
[ ]de 3 a 5 visitas por mês
[ ]mais de 5 visitas por mês

61)**Em que situações o CAPS faz Visitas Domiciliares? :**

	não	sim
Quando o usuário deixa de comparecer ao serviço:		

Quando há uma situação familiar que necessita de intervenção:		
Quando há uma situação familiar que impede ou prejudica a adesão ao tratamento:		
Para fazer levantamento de informações junto à família sobre a história clínica e situação do paciente:		
Para apoiar a família no caso da manejo da medicação:		
Para fazer intervenções na comunidade e no contexto de relações do usuário:		
Outras:		

62)**Quais os dispositivos que o CAPS utiliza para o acompanhamento dos pacientes nos finais de semana e feriados? :**

	não	sim
Não utiliza nenhum dispositivo:		
Um profissional fica disponível para contato telefônico:		
Existe uma articulação com o PSF e ACS para acesso ao tratamento nos finas de semana e feriados, caso necessário:		
Outro:		

63)**Existe algum Serviço Residencial Terapêutico articulado com o CAPS ? :**

[ ]não
[ ]sim

64)**Quais estratégias o CAPS usa para acompanhar eventuais internações psiquiátricas de seus usuários?**

	não	sim
O CAPS não acompanha os usuários internados:		
Contato telefônico com o usuário:		
Contato telefônico com profissional da instituição:		
Contato telefônico com a família:		
Atendimento individual aos usuários na instituição de internação:		
Compartilhamento do acompanhamento com a equipe da instituição de internação:		

65)**Nas situações de crise, o CAPS atende:**
Marque apenas uma das opções abaixo.

[ ]usuários que estão em tratamento no serviço
[ ]usuários que estão em tratamento no serviço e outros usuários em situação de crise
[ ]o CAPS não atende situações de crise

66)**No mês de referência, aproximadamente quantas pessoas em situação de crise foram atendidas no CAPS ? _____**
Referência: abril de 2013. Responda com números. Ex.: 11

67)**Marque as alternativas que melhor representam, mesmo que de modo aproximado, a forma como o CAPS se organiza para atender à crise: :**

[ ]A cada dia um profissional é designado para atender as crises
[ ]Toda a equipe de serviço participa, em graus diferentes, do acolhimento à crise
[ ]O paciente em crise é encaminhado a um serviço de referência
[ ]O profissional médico é encarregado do acolhimento da crises

68)**Considerando os casos de crise grave (agitação psicomotora, desestabilização, agressividade extrema) atendidos no mês de referência, assinale a proporção aproximada em que as ações abaixo foram utilizadas pelo CAPS:**
Considere a escala abaixo, onde 0=Nunca e 10= Frequentemente

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Encaminhamento a outro serviço:											
Abordagem intensiva com o próprio usuário:											
Articulação com a família para manejo da situação:											
Sedação medicamentosa:											
Articulação com a atenção primária:											
Contenção Física:											

69)**Assinale abaixo a opção que melhor caracteriza o modo como o CAPS se organiza para o atendimento às situações de emergência ou crise durante o fim de semana ou feriado, ou nos horários em que o serviço está fechado: :**
Marque apenas uma alternativa

[ ]Sendo um CAPS III, o serviço permanece aberto para o acolhimento das crises
[ ]O Serviço designa um ou mais técnicos que ficam de sobreaviso e alcançáveis
[ ]O CAPS orienta seus pacientes sobre o que fazer em caso de emergência quando o CAPS estiver fechado
[ ]O CAPS não tem um dispositivo para acompanhamento de situações de emergência no fim de semana ou feriado
[ ]Outro

70)**Se respondeu "Outro" na questão anterior, especifique: _____**

71)**Nos casos em que é necessária a internação do paciente, quais são os serviços utilizados pelo CAPS? :**
Marque, a partir de 1, do mais para o menos frequente, marcando com "zero" as alternativas que não se aplicam ao seu CAPS. Se o serviço mais utilizado pelo CAPS é o Hospital Psiquiátrico, assinale o número 1. Se o segundo serviço mais usado pelo CAPS é o Hospital Geral, assinale 2 para este item e assim por diante.

	0	1	2	3	4	5	6
Acolhimento noturno no CAPS:							
Hospital Geral:							
Hospital Psiquiátrico:							
Comunidade Terapêutica:							
Abrigo:							
Outro:							

72)**Quanto à participação da família no cuidado ao paciente em crise, assinale a alternativa que melhor descreve o que se passa no CAPS: :**

[ ]A família, em geral, participa do acompanhamento do paciente em crise, em cooperação com a equipe do CAPS e recebe apoio específico (orientação, entrevistas de suporte)
[ ]A família é informada regularmente da situação do paciente e recebe orientações, mas não é solicitada a participar diretamente do manejo da situação de crise
[ ]O CAPS não procura incluir a família no cuidado da crise para não sobrecarregá-la mais
[ ]Em geral, nos casos de crise, não ocorre participação da família no cuidado do paciente

73)**O número de leitos de acolhimento noturno, na sua avaliação, é suficiente?**
Responder apenas se seu CAPS for um CAPS III ou CAPSad III

[ ]não
[ ]sim

74)**Os leitos de acolhimento noturno são regulados por uma Central de Regulação?**
Responda apenas se seu CAPS for CAPS III ou CAPSad III

[ ]não
[ ]sim

75)**Marque abaixo a alternativa que melhor descreve a relação do CAPS com o SAMU 192 e rede de urgência/emergência:**
Refere-se à rede de urgência/emergência geral, não se trata de emergência psiquiátrica

[ ]Não existe uma articulação sistemática do CAPS com a rede de urgência e emergência e o SAMU 192
[ ]O CAPS tem uma cooperação sistemática com rede de urgência e emergência e o SAMU 192 para a regulação e atendimento dos casos de emergência no território de referência do CAPS
[ ]O CAPS e a rede de urgência e emergência e o SAMU 192 desenvolvem algumas ações compartilhadas, de modo não sistemático

76)**Qual a situação que melhor se aproxima da experiência concreta do CAPS na articulação intersetorial, para cada setor abaixo?**
Últimos 3 meses: fevereiro, março e abril de 2013

	Não tem nenhum tipo de articulação ou parceria	Teve nos últimos 3 meses algum tipo de articulação pontual em relação a um (01) caso específico do CAPS	Teve nos últimos 3 meses ações compartilhadas (menos que 5 vezes)	Teve nos últimos 3 meses ações compartilhadas frequentes (aproximadamente entre 5 e 11 ações) e realizou pelo menos uma reunião com participação das equipes do CAPS e do setor	Desenvolveu nos últimos 3 meses diversas ações (12 ou mais ações) territoriais compartilhadas e realizou reuniões para planejamento das atividades com o setor	Teve nos últimos 3 meses uma cooperação sistemática com um planejamento compartilhado de ações regulares e mecanismos de articulação permanente como Fórum ou Comissões
Assistência Social (CRAS, CREAS, Abrigos, Programas de Transferência de renda):						
Educação (Escolas, educação infantil/creches, CRES, ensino técnico, universidades):						
Justiça (Vara da Infância e Juventude, Vara de Execução Penal, Varas Especiais (exemplo: idosos), Ministério Público, Defensoria Pública, Conselhos Tutelares):						
Segurança Pública (Polícias						

militar, civil, municipal, delegacias especiais, Defesa Civil/Bombeiros):						
Cultura (Secretaria de Cultura, Fundações, Museus, Bibliotecas, Cinemas, Teatro, Escolas de Música, Dança etc):						
Esporte e Lazer (Secretarias de Esporte e Lazer, Clubes esportivos, Quadras Esportivas, Parques, Praças com equipamentos de esporte/lazer):						
Trabalho e Economia Solidária (Secretarias de Trabalho e emprego, Centrais de Emprego, iniciativas de geração de renda, articulação com empresas para trabalho formal, cooperativas):						
ONGs e Associações Comunitárias (ONGs, Cubes Sociais, Associações comunitárias, Igrejas, associações culturais comunitárias, movimentos sociais):						
Direitos e Cidadania (Associações de direitos humanos, Programas de acesso à documentação civil, mutirões de documentação):						

77)**Marque a alternativa que melhor caracteriza a articulação do CAPS com a atenção básica de saúde:**

[ ]o CAPS não tem articulação com a atenção básica e/ou PSF
[ ]existe articulação regular com a atenção básica e/ou PSF e existe equipe de NASF para o matriciamento do território
[ ]existe articulação eventual com a atenção básica e/ou PSF
[ ]existe articulação regular com atenção básica e/ou PSF e não existe equipe de NASF para o matriciamento do território

78)**Em relação às ações de saúde mental na atenção básica, assinale a periodicidade com que o CAPS faz reunião com profissionais da AB/ESF/PACS:**
Para esta pergunta tome por base o ano de 2012

[ ]Semanal
[ ]Quinzenal
[ ]Mensal
[ ]Bimensal
[ ]Semestral
[ ]Anual
[ ]Não realiza

79)**Em relação às ações de saúde mental na atenção básica, assinale a periodicidade com que o CAPS faz atendimento conjunto com profissionais da AB/ESF/PACS:**
Para esta pergunta tome por base o ano de 2012

[ ]Semanal
[ ]Quinzenal
[ ]Mensal
[ ]Bimensal
[ ]Semestral
[ ]Anual
[ ]Não realiza

80)**Em relação às ações de saúde mental na atenção básica, assinale a periodicidade com que o CAPS faz capacitação em saúde mental com profissionais da AB/ESF/PACS:**
Para esta pergunta tome por base o ano de 2012

[ ]Semanal
[ ]Quinzenal
[ ]Mensal
[ ]Bimensal
[ ]Semestral
[ ]Anual
[ ]Não realiza

81)**O CAPS tem o mapeamento dos equipamentos sociais disponíveis na área de abrangência?**
Considere equipamentos sociais os equipamentos da saúde, cultura, educação, justiça, esporte e lazer, etc.

[ ]Não, o CAPS não possui este mapeamento
[ ]O CAPS possui apenas o mapeamento dos equipamentos da saúde, que não inclui os outros equipamentos sociais
[ ]O CAPS possui um mapeamento parcial de todos os equipamentos sociais
[ ]O CAPS possui um bom mapeamento dos equipamentos sociais

82)**Em relação ao conhecimento da existência do serviço CAPS pelos moradores do território (todos os moradores, não apenas usuários e familiares), marque a melhor afirmativa:**

[ ]O CAPS é conhecido apenas pelas pessoas próximas dos usuários e familiares que frequentam o serviço
[ ]O CAPS é conhecido (endereço, funções) pela maioria dos moradores de sua área de abrangência
[ ]O CAPS é conhecido (endereço, funções) por menos da metade dos moradores de sua área de abrangência
[ ]O CAPS é conhecido (endereço, funções) por uma parcela muito pequena dos moradores de sua área de abrangência

83)**Com qual frequência o CAPS contou com a atividade de supervisão clínico institucional no ano de 2012?**

[ ]não houve supervisão clínico institucional
[ ]semanal
[ ]quinzenal
[ ]mensal
[ ]bimensal
[ ]não houve supervisão regular, mas apenas alguns encontros com esta finalidade

84)**Caso seja realizada, a supervisão aborda:**

	sempre	às vezes	raramente

Discussão de casos clínicos :			
Análise do contexto institucional do Serviço:			
Análise da rede de atenção em saúde:			
Análise da gestão:			
Análise da Política Pública:			
Acolhimento/porta de entrada:			
Tensões internas:			
Condições do Ambiente de Trabalho:			
Sobrecarga da Equipe:			
A clínica da atenção psicossocial:			
Integração da equipe de cuidado:			
Construção do Projeto terapêutico singular:			
Inserção Social do usuário:			
Construção da autonomia do sujeito:			
Discussão de propostas de formação permanente:			
Atividades intersetoriais:			
Gestão coletiva do CAPS:			
Participação da família no cuidado:			

85)**Qual a categoria profissional do supervisor do serviço (caso tenha ocorrido mudança do supervisor, assinale a informação referente ao supervisor atual)? :**

[ ]Médica(o)
[ ]Psicóloga(o)
[ ]Enfermeiro(a)
[ ]Assistente Social
[ ]Pedagogo(a)
[ ]Terapeuta Ocupacional
[ ]Outro

86)**Quanto à regularidade e sustentabilidade de remuneração do supervisor, marque a alternativa que melhor represente a situação do CAPS:**

[ ]A remuneração é assegurada regularmente pela gestão
[ ]O supervisor é remunerado pela gestão pública de maneira irregular e descontínua, gerando interrupção do trabalho do supervisor
[ ]A remuneração da supervisão é assegurada através de outros mecanismos, como cooperação com projetos de universidades
[ ]O supervisor não tem remuneração específica, sendo a supervisão parte de seu contrato de trabalho com outra instituição do SUS
[ ]O supervisor não tem remuneração específica, sendo a supervisão parte de seu contrato de trabalho com a Universidade
[ ]Não há remuneração para o supervisor, o supervisor é voluntário

87)**O CAPS tem projeto de supervisão aprovado pelo Ministério da Saúde através de edital?**

[ ]Sim

[ ]Não, porque não foi encaminhado o projeto
[ ]Não, porque o projeto encaminhado não foi aprovado
[ ]Não, porque ainda não houve resposta quanto ao projeto encaminhado

88)**Quanto aos critérios para a escolha do supervisor, assinale a alternativa que melhor representa a realidade do serviço:**

[ ]experiência clínica; experiência profissional com a rede pública de saúde mental; experiência anterior em supervisão; formação acadêmica compatível (pós-graduação)
[ ]experiência profissional com a rede pública de saúde mental; experiência anterior em supervisão; formação acadêmica compatível (pós-graduação)
[ ]experiência clínica; formação acadêmica compatível (pós-graduação)
[ ]experiência clínica

89)**Quanto à escolha do atual supervisor, marque a alternativa que mais se adequa à realidade do serviço: :**

[ ]Houve discussão e consenso da equipe quanto ao nome
[ ]Houve indicação de nome pela gestão
[ ]Ocorreu processo seletivo realizado pela gestão com a participação do CAPS
[ ]Outro processo

90)**Quanto ao perfil do atual supervisor, marque a alternativa que melhor representa a realidade do serviço:**

[ ]profissional formado há menos de 5 anos
[ ]profissional com grande experiência clínica
[ ]profissional com grande experiência no sistema público de saúde
[ ]profissional escolhido por sua titulação acadêmica
[ ]não se aplica, porque o CAPS está sem supervisor

91)**O CAPS é campo de estágio para alunos de graduação?**
Marque uma ou mais alternativas

[ ]Não
[ ]sim, para alunos de psicologia
[ ]sim, para alunos de enfermagem
[ ]sim, para alunos da medicina
[ ]sim, para alunos da terapia ocupacional
[ ]sim, para alunos do serviço social
[ ]sim, para alunos de pedagogia
[ ]sim, para alunos de musicoterapia
[ ]sim, para alunos de outros cursos

92)**O CAPS é campo de práticas para alunos de especialização e/ou residência?**
Marque uma ou mais alternativas

[ ]não
[ ]sim, especialização
[ ]sim, residência multiprofissional
[ ]sim, residência médica

93)**Os profissionais do CAPS participam, com a concordância do serviço, de atividades externas como reuniões científicas, seminários clínicos, seminários acadêmicos? :**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= Nunca 10= Frequentemente:

94)**O CAPS promove, realiza, ministra ou participa de ações de educação em saúde (formação, capacitação, palestras, reuniões temáticas, cursos de orientação) em seu território de atuação?**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0= Nunca 10= Frequentemente:

95)**Registra-se no CAPS, regularmente:**

	não	sim
Ata de Reunião de Equipe:		
Ata de Supervisão:		
Registros diários de atendimentos por procedimento:		
Registros diários de atividades :		
Registros diários de presença de usuários:		
Banco de dados em meio eletrônico sobre as atividades e frequências:		
Registros em meio eletrônico sobre os atendimentos realizados:		
Registro por procedimento por cada profissional :		
Visitas Domiciliares:		
Atividades realizadas no território:		
Orientação à família:		
Oficinas:		
Boletim mensal de atividades realizadas:		

96)**O CAPS utiliza prontuário único para cada usuário?**

[ ]não
[ ]sim

97)**O CAPS utiliza prontuário eletrônico?**

[ ]não
[ ]sim

98)**Quais profissionais realizam registro no prontuário:**

	não	sim
Médico:		
Psicólogo:		
Enfermeiro:		
Assistente Social:		
Pedagogo:		
Terapeuta Ocupacional:		

Técnico/Auxiliar de Enfermagem:		
Técnico Administrativo:		
Técnico Educacional:		
Artesão:		
Artista Plástico/Arte Educador:		
Segurança/Guarda/Vigilante:		
Funcionário de Limpeza:		
Musicoterapeuta:		
Cozinheira/Copeira:		
Outro profissional:		

99)**Como você avalia a qualidade dos registros dos prontuários do seu serviço? :**
Expresse sua opinião na escala abaixo, supondo que um bom prontuário supõe regularidade e qualidade dos registros

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = ruim 10 = registro regular e de boa qualidade:											

100)**O CAPS mantém cadastro dos usuários que fazem uso de medicamentos excepcionais?**

[ ]não
[ ]sim

101)**Quanto ao registro quantitativo das ações e serviços realizados pelo CAPS, assinale abaixo os dados/informações que estão disponíveis mensalmente:**
Considere o ano-base de 2012

	não	sim	sim, porém ocorrem meses sem registro
número de atendimentos de primeira vez realizados :			
número de pacientes intensivos:			
número de pacientes semi-intensivos:			
número de pacientes não intensivos:			
número de pacientes acolhidos e que não permaneceram no CAPS:			
número de pacientes que receberam alta:			
número de visitas domiciliares realizadas:			
número de reuniões de familiares:			
número de grupos de medicação:			
número de oficinas realizadas por tipo (modalidade):			
reuniões de equipe realizadas:			
supervisões:			
ações no território (exceto visitas domiciliares) realizadas:			
oficinas de geração de renda:			
registro de diagnóstico:			
número total de pacientes atendidos:			

total de pacientes atendidos distribuídos por diagnóstico:			
número total de APACs ou formulários equivalentes preenchidos no mês:			
ações de matriciamento da atenção básica realizadas:			
número de pacientes que abandonaram o tratamento:			
total de pacientes que tiveram internação psiquiátrica no período (mês):			

102)**Existem oficinas anuais de avaliação e planejamento do CAPS?**
Considere o ano base 2012

[ ]não
[ ]sim

103)**Caso tenha ocorrido, a oficina anual de avaliação e planejamento de 2012:**
Marque a alternativa que melhor represente a realidade do CAPS

[ ]contou com a participação da equipe
[ ]contou com a participação da equipe, de usuários e familiares
[ ]contou com a participação da equipe e da gestão local do SUS
[ ]contou com a participação da equipe, de usuários e familiares e da gestão local do SUS
[ ]a oficina não ocorreu

104)**Marque as ações que são realizadas pela gestão local do SUS e/ou pelo CAPS:**

	não	sim
Disponibilização de carga horária mensal dos profissionais para a participação em eventos :		
Disponibilização de carga horária mensal dos profissionais para participarem de curso de pós-graduação:		
Pagamento de passagens e diárias para a participação de profissionais em eventos fora do município :		
Manutenção de grupo de estudos em horário regular de trabalho:		
Benefícios salariais para capacitação:		
Realização de seminários internos de caráter técnico-científico, com a participação de usuários e familiares :		
Realização de seminários externos de caráter técnico-científico, com a participação de outros setores da saúde e intersetorialidade:		
Participação em encontros científicos de saúde mental organizados no âmbito regional (reunindo vários municípios):		
Incentivo à produção, divulgação e publicação de trabalhos técnico-científicos produzidos pela equipe do CAPS:		

105)**Existe alguma pesquisa formal em andamento (realizada por instituição de pesquisa), que tenha o seu CAPS como campo de investigação? :**

[ ]não
[ ]sim

106)**O CAPS dispõe de uma biblioteca com obras gerais, científicas e literárias? :**

[ ]não

[ ]sim
[ ]não, mas dispõe de alguns livros e revistas para realização de oficina de leitura com usuários

107)**O CAPS mantém um acervo documental e iconográfico (documentos, atas, panfletos, fotografias, vídeo) com a história do próprio serviço? :**

[ ]não
[ ]sim

Resultados

Para responder às questões abaixo, considere as seguintes convenções, tendo em mente o último mês (abril de 2013):

Usuários antigos do CAPS (A) – usuários que já estavam em atendimento no serviço (matriculados), antes do início do último mês;

Usuários novos do CAPS (B) – usuários atendidos na porta de entrada (acolhimento) durante o último mês, que permaneceram no serviço, isto é, foram matriculados;

Usuários não incorporados (C) - usuários atendidos na porta de entrada (acolhimento) durante o último mês, que não permaneceram no serviço, isto é, não foram matriculados.

---

108)**Informe o número de usuários matriculados (A+B) que estiveram em atendimento no CAPS no último mês: _____**

109)**Destes (A+B), quantos necessitaram de um atendimento mais intensivo?**
_____
(cerca de 25 atendimentos/paciente/mês)

110)**Destes (A+B), quantos necessitaram de atendimentos semi-intensivos? _____**
(cerca de 12 atendimentos/paciente/ mês)

111)**Destes (A+B), quantos necessitaram de atendimento não intensivo? _____**
(cerca de 03 atendimentos/paciente/mês)

112)**Qual o número de usuários novos (B), matriculados no último mês? _____**

113)**Quantos usuários foram atendidos pela primeira vez no CAPS no último mês (B + C)?**
_____

114)**Quantos usuários foram atendidos no CAPS no último mês, mas não foram incorporados ao atendimento regular, ou seja, não foram matriculados (C)? _____**

115)**Total de usuários matriculados - Qual o total de usuários matriculados no CAPS ?**

_____

Esta pergunta se refere ao número total de usuários cadastrados no serviço, desde o início de seu funcionamento. Caso não tenha o número preciso, registre a estimativa aproximada.

116)**Número de atendimentos no último mês de usuários com Transtornos Mentais Graves (Esquizofrenia e outras psicoses, Episódios Maníacos ou Transtorno Bipolar, Episódios ou Transtornos depressivos graves, autismo, retardo) entre os usuários matriculados:**

_____

F20, F30, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F70.1, F71, F84

117)**Quantas reuniões de família foram realizadas no último mês?**

[ ]0
[ ]1
[ ]2
[ ]3
[ ]4
[ ]5
[ ]6 ou mais

118)**Em relação às internações/reinternações psiquiátricas de pacientes em atendimento pelo CAPS, nos últimos 12 meses, marque a alternativa que melhor se aproxima da experiência desse CAPS:**

[ ]o CAPS não atende nenhum paciente com história de internação psiquiátrica
[ ]alguns usuários (menos da metade dos casos) que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações nos últimos 6 meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS
[ ]a maioria dos usuários (mais da metade dos casos) que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações nos últimos 6 meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS
[ ]não houve mudança significativa no ciclo de internações de pacientes com internações psiquiátricas frequentes atendidos pelo CAPS

119)**Em relação aos usuários com história de muitas internações, você pode afirmar que o CAPS conseguiu interromper o ciclo de internação e reinternação (nos últimos 12 meses)?**
Selecione a opção que mais corresponde à realidade do seu CAPS

[ ]Não é possível afirmar isso em relação a nenhum dos usuários
[ ]Alguns usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS
[ ]Ao menos um terço dos usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS
[ ]Cerca de metade dos usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS
[ ]Mais da metade usuários que tinham internações frequentes diminuíram significativamente o

número de internações no últimos seis meses depois que iniciaram o tratamento no CAPS

120)**O CAPS atende atualmente algum usuário que já tenha sido caracterizado como paciente de longa internação psiquiátrica (mais que seis meses ininterruptos de hospitalização)? _____**
Responda com numerais. Ex: 20. Caso não tenha nenhum usuário nesta condição, marque 0

121)**Tendo em vista aspectos como evolução clínica, autonomia, adesão ao tratamento e qualidade de vida, dos usuários em tratamento, você avalia que a efetividade do serviço (expressa através dos benefícios trazidos para os usuários) pode ser considerada:**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = serviço muito pouco efetivo, com escassos benefícios para a evolução clínica e qualidade de vida dos pacientes; 10 = excelente efetividade, que se expressa em evidente melhoria clínica e da qualidade de vida de mais de 80 % dos pacientes:											

122)**Na sua avaliação, com base na experiência do CAPS nos últimos 12 meses, o CAPS tem desempenhado um papel de parceria, apoio e facilidade de acesso para os familiares? :**

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 = Nunca 10 = Frequentemente:											