



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro”

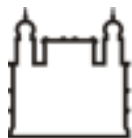
por

Suzane Gattass de Paula Correa

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro, novembro de 2011.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro”

apresentada por

Suzane Gattass de Paula Correa

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Pilar Rodriguez Belmonte

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 25 de novembro de 2011.

Para Alice, que nasceu junto com esta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo à **Deus**, por mais esta conquista;

Agradeço aos meus pais – **Alfredo Clélio e Ana Marly** - que não pouparam esforços para que eu chegasse até aqui;

Ao meu orientador, **Nilson do Rosário Costa**, pela ousadia e amplitude da proposta e, especialmente, por estar ao meu lado no difícil momento de concluir;

Aos parceiros de trabalho da SMSDC/RJ: **Pilar Belmonte** pelo apoio constante; **Alex Ramalho** e **Débora Uhr** pelas importantes sugestões ao questionário e, especialmente, a **Leonardo Araújo de Souza**, pela sua significativa contribuição à construção do instrumento.

À querida **Eliane Teixeira** pela sofisticada sugestão ao questionário de avaliação;

Ao **Paulo Fagundes**, pelas ricas contribuições ao longo de todo o percurso;

Ao Edital **Proex-CAPEs**, pelo financiamento do trabalho de campo;

A todos os **diretores e coordenadores técnicos** dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro pela disponibilidade no preenchimento dos questionários;

Aos colegas do mestrado, principalmente à **Paula Saules, Henrique Dias e Juliana Santino**;

E, por fim, agradeço ao **Adriano** - meu marido - pelo apoio, o carinho, e todos os “cafezinhos” tão fundamentais para a continuidade do trabalho.

*“A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela (**a verdade**) está presente aqui e em todo lugar.”*

Michel Foucault

RESUMO

Esta dissertação realiza uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial, tipologia II para adultos (CAPS II) do Estado do Rio de Janeiro. Para este fim, utilizou um formulário que contempla a coleta de informação sobre cobertura, a disponibilidade de recursos humanos, a estrutura física, a capacidade instalada, os recursos materiais e os processos de trabalho das equipes. A revisão das pesquisas de cunho qualitativo e participativo foi essencial para a eleição dos indicadores e categorias que compuseram o instrumento de avaliação. A opção pela estratégia do formulário foi alcançar um número maior de unidades e obter uma visão de conjunto dos CAPS II do Rio de Janeiro a partir da informação dos diretores das unidades. Uma das principais evidências do estudo é a grande disparidade no padrão de implantação dos CAPS II na cidade do Rio de Janeiro e nos demais Municípios. A adequação da cobertura e a capacidade de acolher a demanda potencial aos novos serviços são bastante desiguais nos dois grupos de Municípios. O efeito da escala populacional dos Municípios afeta a capacidade de oferta dos novos serviços de saúde mental. A pesquisa mostra grande disparidade na disponibilidade de recursos humanos e na inclusão de novos usuários aos serviços, resultando em expressivo número destes em pronto-atendimento, em unidades especialmente da Capital. A supervisão clínico-institucional é um dispositivo presente nos CAPS da Capital, mas pouco implantado nos CAPS dos demais Municípios. As equipes trabalham de modo interdisciplinar, discutindo casos clínicos com frequência e realizando pelo menos um seminário de planejamento interno por ano. Foram identificadas barreiras de acesso aos medicamentos de segunda geração. A pesquisa identifica um padrão organizacional em relação aos pacientes de longa permanência (LP): 90% dos CAPS II informaram possuir estratégias para a inserção desses usuários. Chama a atenção o significativo trabalho de desinstitucionalização realizado pelos serviços. Existem unidades que acompanham um número expressivo de pacientes enquanto outras ainda desenvolvem um trabalho residual com essa clientela. A proporção média de usuários de LP em relação aos matriculados é de 4%. A inserção dos serviços na comunidade é uma das limitações dos novos serviços. É informada a baixa participação dos usuários e familiares nos projetos institucionais. Uma proporção expressiva de CAPS II utiliza os leitos dos hospitais psiquiátricos conveniados para as internações e é extremamente baixo (3%) o apoio dos leitos dos CAPS III, indicando a falta destes novos serviços no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; avaliação de serviços de saúde mental; políticas públicas.

ABSTRACT

This dissertation performs an assessment of Centros de Atenção Psicossocial, type II for adults (CAPS II) in the State of Rio de Janeiro. To this end, it used a form that includes the collection of information on coverage, the availability of human resources, physical infrastructure, the installed capacity, the resources and work processes of teams. A review of qualitative and participatory research was essential for the selection of indicators and categories that made up the assessment tool. The choice of the strategy in the assessment instrument was to achieve a greater number of units and get an overview of CAPS II, in Rio de Janeiro, from the information of the directors of the units. One of the main findings of the study is the large disparity in the pattern of deployment of CAPS II in the city of Rio de Janeiro and other cities of the State. The adjustment of coverage and capacity to accommodate the potential demand for new services are markedly unequal in the two groups of municipalities. The effect of population size affects the ability of municipalities to offer the new mental health services. The research shows wide disparity in the availability of human resources and adding new services to users, resulting in significant number of users in the emergency room, especially in units of capital. The clinical-institutional supervision is a device present in CAPS in the capital, but little implemented in CAPS of the other municipalities. Teams work in an interdisciplinary way, often discussing clinical cases and performing at least one internal planning workshop by year. Barriers to access to second generation medicines were identified. The research identifies an organizational pattern in relation to long-stay patients (LP): 90% of CAPS II reported having strategies for inserting these users in community-based non-hospital treatment. The research draws attention to the important work of deinstitutionalization of services. There are units that come with very impressive numbers while others still develop a residual working with this clientele. The average proportion of users enrolled in relation to the LP is 4%. The integration of services in the community is one of the limitations of the new services. It noted the low participation of users and families in institutional projects. A significant proportion of CAPS II use the beds in mental hospitals covered for internment and the support for beds in CAPS III is extremely low (3%), indicating a lack of these new services in the State of Rio de Janeiro.

Key-words: Evaluation of services; mental health; public policies.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Principal Estratégia da Reforma Psiquiátrica Nacional.....	14
1.2 Do Modelo Hospitalar ao Comunitário.....	17
1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	21
1.4 Efeitos das Reformas Psiquiátricas.....	26
1.5 A Política de Saúde Mental e a Agenda da Avaliação.....	29
2. MÉTODO: A CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO.....	39
2.1 Introdução.....	39
2.2 A Construção do Questionário.....	43
3. RESULTADOS.....	51
3.1 Introdução.....	51
3.2 Cobertura, Tempo de funcionamento, Recursos humanos e Clientela.....	52
3.3 Acesso.....	56
3.3.1 Acesso Geográfico.....	56
3.3.2 Acesso à Capacidade Instalada.....	57
3.3.3 Acesso ao Tratamento.....	58
3.3.3.1. Medicamentos.....	62
3.4 Acompanhamento.....	64
3.4.1 Supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar.....	64
3.4.2. Projetos terapêuticos e espaços coletivos.....	67
3.4.3. Inserção do CAPS no território.....	71
3.4.4. Acolhimento à crise.....	72

4. DISCUSSÃO.....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
5.1 Características.....	82
5.2 Êxitos.....	84
5.3 Dificuldades.....	85
REFERÊNCIAS.....	90
ANEXOS.....	93

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

TABELA 1 – resumo. CAPS II segundo a inserção territorial no Rio de Janeiro e demais Municípios – média em 2010.....	52
TABELA 2 – resumo. CAPS II segundo a inserção territorial no Rio de Janeiro e demais Municípios – média em 2010.....	54
TABELA 3. Análise de conjunto dos CAPSII do Estado do RJ segundo a média da proporção de novos matriculados e de pronto atendimento 12-2010.....	56
TABELA 4. Avaliação dos dirigentes dos CAPSII - acesso geográfico no Rio de Janeiro e demais Municípios – média em 2010 (0 - mínimo; 10 – máximo).....	57
TABELA 5. CAPSII segundo a capacidade instalada no Rio de Janeiro e demais Municípios– média em 2010.....	58
TABELA 6. Modalidades de recepção nos CAPS II do RJ em dezembro de 2010.....	59
TABELA 7. Existência de estratégia para inserção de pacientes de longa permanência nos CAPSII do Município do RJ e outros Municípios do Estado RJ-dezembro/2010.....	60
TABELA 8. Longa permanência inserida nos últimos doze meses nos CAPSII do município do RJ e dos outros municípios do Estado do RJ – 12/ 2010.....	61
TABELA 9. Longa permanência acompanhada pelos CAPSII nos últimos doze meses no Município do RJ e nos outros Municípios.....	61
TABELA 10. Proporção dos pacientes de longa permanência em relação aos matriculados nos CAPSII do Município do Rio de Janeiro e nos outros Municípios do Estado do RJ – dezembro 2010.....	62
TABELA 11. Medicações fornecidas pelos CAPSII do Estado do Rio de Janeiro em dezembro de 2010.....	63
TABELA 12. Supervisão clínico-institucional nos CAPSII do Estado do Rio de Janeiro em dezembro de 2010.....	65
TABELA 13. CAPSII segundo a supervisão clínico-institucional no Rio de Janeiro e demais Municípios	65
TABELA 14. Abandonos nos últimos doze meses nos CAPSII do Município do RJ e demais Municípios - dezembro 2010.....	68
TABELA 15. Altas nos últimos doze meses nos CAPSII do Município do RJ e demais Municípios – dezembro de 2010.....	71
TABELA 16. Internações nos últimos doze meses nos CAPSII do Município do Rio de Janeiro e demais Municípios do Estado do Rio de Janeiro.....	73
TABELA 17. Equipamentos para internação dos usuários dos CAPS II do RJ – dezembro de 2011.....	73
TABELA 18. CAPS II segundo a cobertura no Município do Rio de Janeiro e demais Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2011.....	76
FIGURA 1 – Recursos humanos por 100 mil habitantes nos CAPS II do Município do Rio de Janeiro e demais Municípios do Estado RJ.....	53
FIGURA 2. Proporção dos pacientes que abandonaram e proporção dos pacientes acompanhados de longa permanência nos CAPS II do Estado do RJ.....	69
QUADRO A– Isomorfismo Organizacional e as características de cobertura, população-alvo, disponibilidade, carteira de serviços, apoio ao paciente e Recursos Humanos dos CAPS – Brasil.....	25

1. INTRODUÇÃO

1.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): Principal Estratégia da Reforma Psiquiátrica Nacional

O objetivo desta pesquisa é realizar uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial, tipologia II para adultos (CAPS II) do Estado do Rio de Janeiro. Para este fim, foi construído um questionário com perguntas em sua maioria fechadas, abordando tanto a cobertura, a disponibilidade de recursos humanos, a estrutura física, a capacidade instalada e os recursos materiais; quanto os processos de trabalho das equipes. A revisão das pesquisas de cunho qualitativo e participativo foi essencial para a eleição dos indicadores e categorias que compuseram o instrumento de avaliação, que foi confeccionado no formato autoexplicativo, e foi endereçado aos diretores dos quarenta (40) CAPS II do Estado.

O modelo organizacional do CAPS II de adultos - objeto da nossa pesquisa - emerge a partir do processo da reforma psiquiátrica brasileira, influenciado pelos processos europeus, especialmente o italiano. Trata-se de um dispositivo estratégico da reforma nacional, que busca - funcionando em rede - substituir o hospital psiquiátrico na assistência àqueles que são acometidos por transtornos mentais graves. Desse modo, propõe uma ruptura ética, clínica e política com a instituição hospitalar. O equipamento CAPS deve encarnar uma determinada lógica do cuidado, que opera no território¹, em rede com os demais equipamentos do campo da saúde mental: os hospitais gerais, os pólos de urgência e emergência, as residências terapêuticas e os ambulatórios.

A criação do primeiro CAPS do país, o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, em 12 de março de 1987; e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989 em Santos, marcaram uma ruptura com o paradigma² da psiquiatria clássica, expressando no país a emergência de novos modelos de atenção para o campo da saúde mental. O primeiro CAPS brasileiro – também chamado de *CAPS Itapeva* –

¹ No sentido de “território subjetivo”. Além do bairro, toma-se do sujeito o conjunto das suas referências socioculturais e econômicas que desenham o seu cotidiano, o seu projeto de vida e a sua inserção no mundo (Delgado, 1999, p. 117).

² Na acepção de Khun T.S. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.

representou a efetiva implantação de um novo modelo de atenção para o campo. Mas é na exitosa experiência dos NAPS santistas, advindos quase concomitantemente à histórica intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, que vamos encontrar um modo de operar mais diretamente substitutivo ao hospital psiquiátrico, já que em seu equipamento territorializado, o funcionamento aconteceu em rede com outros serviços de saúde, por 24h/dia, oferecendo leitos destinados aos pacientes em crise (GOLDBERG, 1996, p. 114; AMARANTE & TORRE, 2001, p. 31).

Aproximadamente dez anos antes dessas experiências inaugurais, iniciava-se a constituição da Reforma Psiquiátrica Brasileira³, pois foi em 1978 que o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) foi criado. Um movimento que se consolidou pela denúncia à violência dos hospitais psiquiátricos, às más condições de trabalho, a mercantilização da loucura e a privatização da assistência psiquiátrica. Este movimento ganhou importância política e social no Brasil ao longo da década de 80, combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, que vão culminar numa inflexão em sua trajetória com a inclusão da noção de *desinstitucionalização* na tradição basagliana⁴, marcando assim, o seu caráter antimanicomial. Pode-se afirmar que desde a *Declaração de Caracas*, 1990, que se constitui como um marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas tornou-se consensual a condenação do modelo hospitalocêntrico. A crítica à centralidade hospitalar levou ao fim do seu papel hegemônico, com a progressiva substituição por estruturas extra-hospitalares (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto de mudança de paradigma, em 1987 é apresentado o Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89 do deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), dispendo “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória”. O projeto, em seus primeiros artigos, proibia a construção e financiamento de novos hospitais psiquiátricos. Determinava que essa decisão considerasse as realidades regionais, sendo objeto de leis estaduais. Além disso, responsabilizava Estados e Municípios no processo da extinção progressiva dos leitos com características manicomiais e da

³ Para o aprofundamento neste tema indicamos: Birman e Costa, 94; Bezerra Jr. 94; Amarante, 95 e 96; Desviat, 99 e Vasconcelos, 2000.

⁴ Franco Basaglia foi quem liderou a experiência italiana de desinstitucionalização (desmonte do hospital psiquiátrico) que foi iniciada em Gorizia, nos fins da década de 60, e continuada em Trieste nos anos 70. Trata-se do pressuposto teórico que mais tem influenciado as transformações em saúde mental no Brasil.

construção de uma rede substitutiva de serviços. Quanto às internações psiquiátricas compulsórias, o Projeto de Lei as subordina ao Judiciário, impondo notificações ao Ministério Público. Este projeto tramitaria por doze anos, até que seja aprovada a ***Lei da Reforma Psiquiátrica – lei 10.216***, de 6 de abril de 2001 (idem, 1995; SIMON, 2010).

Esta lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental” (BRASIL, 2001), refletindo o consenso possível acerca de uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no país. Este momento descortina-se como um coroamento da trajetória do MTSM, que veio alcançando grande repercussão ao longo de mais de vinte anos, para se consolidar agora em *política pública*. Com esse processo da reforma psiquiátrica brasileira, amplia-se a possibilidade no país da discussão de novas políticas públicas para o campo e a desconstrução das políticas orientadas ao modelo hospitalar. A principal aposta da política nacional de saúde mental - tanto numérica quanto simbolicamente - para este redirecionamento da assistência e, portanto, a reversão do modelo asilar, são os *Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*, que alcançariam em 2011 o número de 1.650 unidades.⁵ (FURTADO & ONOCKO-CAMPOS, 2006; BORGES & BAPTISTA, 2008).

Esta pesquisa visa, portanto, avaliar as condições de implantação dos CAPS II no Estado do Rio de Janeiro considerando que a ampliação dos serviços substitutivos e territoriais tornou-se prioridade da agenda pública desde o PL nº 3.657/89.

Essa centralidade na agenda justifica que a Portaria GM nº 336/02 estabelecesse no parágrafo 2º do artigo 1º que os “CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”. Além disso, a mesma portaria indicou como características do CAPS: *ser substitutivo aos hospitais psiquiátricos e responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental*.

Como os CAPS II responderam ao desafio de substituir o hospital psiquiátrico sem leitos integrais⁶ em seus equipamentos? Vasconcelos (2010) afirmou que os CAPS II estavam, em

⁵ Saúde Mental em Dados – 9, ano VI, nº 9, julho 2011. Disponível em: www.saúde.gov.br e [www.saúde.gov.br/bvs/saúde mental](http://www.saúde.gov.br/bvs/saúde%20mental).

⁶ Leitos integrais: como o Ministério da Saúde designa os leitos de CAPSIII e de Hospitais Gerais.

2010, abarrotados e pouco disponíveis: “Têm dificuldades de atender a crise e estão fechados à noite e nos finais de semana...”. Diante desta afirmação de Vasconcelos (2010), algumas questões se impuseram à pesquisa: existe oferta adequada de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro para a população acometida por transtornos mentais graves? Os CAPS II contribuem para a reversão do modelo asilar? Eles estão inseridos na comunidade?

Com o intuito de que esta pesquisa avaliativa pudesse responder as questões acima, foi proposta a avaliação das condições operacionais, oferta de serviços e processos de trabalho dessas unidades substitutivas. Para tanto, foi construído um questionário de avaliação a partir de questões analíticas extraídas das diversas leituras de estudos qualitativos. A opção pela estratégia do questionário foi alcançar um número maior de unidades e obter uma visão de conjunto dos CAPS II do Rio de Janeiro: características, êxitos e dificuldades.

Sendo assim, esta pesquisa avaliativa propõe identificar os entraves e as potencialidades desses serviços substitutivos hoje, ou seja: como está operando um dos instrumentos estratégicos da política nacional atual para o campo da saúde mental, em um contexto regional.

1.2 Do Modelo Hospitalar ao Comunitário

Em dezembro de 1987, na ocasião do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, foi adotado o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, que articulou profissionais de todo o país e alimentou novas propostas de cuidado para a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Neste momento o MTSM já apostava na desconstrução da ‘instituição manicômio’; em outras palavras, apostava numa ruptura com o paradigma psiquiátrico (AMARANTE, 1995; BORGES & BAPTISTA, 2008). Entende-se essa ruptura acompanhando o pensamento de Basaglia (2005) quando denuncia o fracasso do paradigma psiquiátrico para agir na cura; sua aparente neutralidade científica, centrado nas ciências naturais; o seu equívoco em fundamentar-se no conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão e periculosidade e também o seu princípio de instituição asilar como recurso terapêutico tendo como função normalizar e excluir. As palavras de Franco Rotelli também são ilustrativas:

“Eu penso que a primeira característica do trabalho que nós realizamos em Trieste, na Itália, foi o fato de identificar o hospital psiquiátrico como uma microárea de altíssima nocividade e de muitas situações patogênicas fortes. Então, nós tomamos uma decisão de absoluta prioridade de intervenção nessa microárea, uma vez que ela é a expressão maior e mais forte de cronificação e deterioração” (KALIL MEX, org., 1992, p.142).

Posto isso, podemos afirmar com Foucault (1979) que se trata, especialmente, da ruptura com o “instrumento terapêutico” hospital. Da ruptura com a crença de que é no hospital que eclode a verdadeira doença. Trata-se de um rompimento com a concepção do hospital como o lugar, por excelência, do surgimento da doença em “estado puro”. Acreditava-se que através da hospitalização, tanto a doença escondida se descortinaria, quanto a produção de toda a sua verdade viria à tona. Em relação ao hospital psiquiátrico havia a mesma crença, de que ele promoveria o afastamento de todas as máscaras, para que a verdade da doença mental fosse descoberta.

O hospital psiquiátrico foi objeto do clássico estudo de campo de Erving Goffman (2008) com pouco mais de 700 internos. A partir dessa experiência, o autor intitulou o manicômio (e outras organizações como os conventos e as prisões) de “instituição total”. As instituições totais são aquelas onde “todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade” (idem, 2008, p. 17). Ou seja, os indivíduos trabalham, se divertem e dormem em um mesmo lugar. Goffman a define:

“Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2008, p. 11).

E afirma em seguida que “a barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu” (idem, 2008, p. 24). A partir desta constatação, Goffman (2008) prossegue descrevendo o processo de mortificação do eu daqueles que estão submetidos à instituição total, revelando toda a violência desses lugares. Nesse processo os internos são impelidos a se despojarem de todas as disposições sociais que lhes permitiam uma organização de si mesmos. Seus pertences são retirados e suas aparências são controladas, o que acarreta a perda da autonomia de como se apresentar aos outros. O sentimento de segurança é violado, já que se encontram, permanentemente, na iminência de algum tipo de violência. Perdem o direito à reserva das suas informações e ficam submetidos à constante

exposição – já que os dormitórios e banhos são coletivos, os banheiros não possuem portas, e as visitas são públicas. Perdem também o direito a qualquer privacidade, pois nunca estão sozinhos.

Um dos traços constituintes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seria a promoção da vida, outro seria o de funcionar na comunidade, e, outro ainda, seria a operação por meio da equipe interdisciplinar. Este novo equipamento buscaria romper, portanto, com a “instituição total”, onde todos os aspectos da vida acontecem em apenas um cenário, para realizar o acompanhamento dos seus usuários em diversos cenários: no serviço, na comunidade, promovendo vida. E também buscaria romper com a hegemonia do saber médico através dos processos de trabalho de uma equipe interdisciplinar.

Qual é a ponte histórica entre o modelo assistencial do hospital psiquiátrico para este novo modelo de base comunitária? Retomando Basaglia, encontra-se um fio condutor. Na sua experiência como psiquiatra este autor vai afirmar:

“De fato, somente hoje o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual até agora ele mesmo o privara. Mas, hoje, o psiquiatra se dá conta de que os primeiros passos em direção a “abertura” do manicômio produzem no doente uma transformação gradativa do seu situar-se, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não só pela condição mórbida, mas também pela longa hospitalização” (BASAGLIA, 2005, p. 109 e 110).

Basaglia (2005) assinalou também a inseparabilidade da clínica e da política, e questionou os fundamentos da psiquiatria clássica, desconstruindo assim o saber médico sobre a loucura. Autor de uma crítica ao asilo que incide sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, acarretando a condenação dos seus efeitos de normatização e controle. A sua proposta teve como direção a *desinstitucionalização* (que foi incluída no movimento da reforma psiquiátrica brasileira) no sentido da extinção do hospital psiquiátrico, substituído pela construção de uma rede de equipamentos psicossociais, em permanente articulação.

No Brasil, os herdeiros diretos da ‘tradição basagliana’ de desconstrução do manicômio, foram os Núcleos de Atenção Psicossocial. Criados em 1989, quando ocorreu à formação de uma complexa rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no município de Santos, implantada sob a lógica da atenção territorial. A desconstrução do saber psiquiátrico que esteve no cerne das

experiências vividas em Trieste, na Itália, também se verificou em Santos, Estado de São Paulo. (AMARANTE, 1995; BORGES & BAPTISTA, 2008).

O NAPS se configura como o “herdeiro direto” já que emergiu a partir de um contexto bastante inédito para a história da saúde mental no Brasil. Um equipamento que advém da histórica intervenção do poder público municipal no único hospital psiquiátrico da Baixada Santista: a “Casa de Saúde Anchieta”. A “Anchieta” era uma clínica privada conveniada com o INAMPS p, ou seja, ela prestava serviços ao governo federal. A peculiaridade desta intervenção deve-se ao fato do poder público tomar a direção de um ente privado (o que definitivamente ainda não acontecia) e do governo municipal assumir a função de gestor e responsável pela sua população. Afirma Tykanori (2009) a esse respeito: “o executivo municipal arrogou a si a responsabilidade constitucional de garantir tanto o tratamento quanto os direitos individuais, e levou adiante a tese vitoriosa de que apenas através da intervenção seria possível alcançar tal objetivo” (KINOSHITA, 2009).

Os ‘herdeiros indiretos’, mas que recebem toda a influência deste processo de reforma são os Centros de Atenção Psicossocial. Estes equipamentos de saúde, portanto, são frutos das experiências brasileiras de reforma psiquiátrica, que muito se espelharam na experiência italiana. Tenório (2001, p. 20) afirma que “a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar à loucura outra resposta social, ou seja, dar ao louco outro lugar social”. Amarante (1995) define o processo assim:

(...) está sendo considerado reforma psiquiátrica o *processo* histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

1.3 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Constituição do Brasil da “redemocratização” é de 1988, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) é formalizado. Assiste-se uma intensa inflexão na saúde pública nacional com o SUS, que foi instituído pelas leis federais 8080/90 e 8142/90. O SUS tem o horizonte do regime democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

A partir da Constituição de 1988 o poder local ganha expressão no novo cenário do Estado brasileiro, já que a *Lei Magna* instituiu o federalismo como regime de governo. Os municípios ingressam na cena federativa responsabilizando-se pela oferta e execução das políticas e programas que foram definidos em nível nacional; e, para tanto, recebem incentivos financeiros que estão atrelados à direção pré-definida pela União. No caso dos CAPS, os incentivos financeiros federais foram assegurados, inicialmente, pelas portarias 189/91; 224/92 e 336/02 (COSTA, SIQUEIRA, UHR, FAGUNDES & MOLINARO, 2011).

Vale registrar que as Portarias Ministeriais 189/91 e 224/92 foram criadas a partir das experiências subsidiadas pelos governos locais de São Paulo e Santos. A primeira Portaria permitiu que o atendimento do tipo CAPS/NAPS passasse a fazer parte do sistema de financiamento do SUS em nível nacional e a segunda regulamentou o seu funcionamento (AMARANTE & CARVALHO, 1996; TENÓRIO, 2001).

A Portaria 224/92 definia CAPS/NAPS como unidades regionais que ofereceriam “cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar”, com o funcionamento mínimo de cinco dias por semana em horário diurno, podendo funcionar 24h/dia durante os sete dias na semana, ficando esta decisão para o órgão gestor local (BRASIL, 2004).

As Portarias Ministeriais 336/02 e 189/02 atualizam as duas anteriores. A primeira acrescenta novos parâmetros aos definidos pela anterior, estabelecendo portes diferenciais a partir de critérios populacionais, e criando serviços específicos para a área de álcool e drogas (CAPSad), e infância e adolescência (CAPSi). Esta Portaria estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se em CAPSI, CAPSII e CAPSIII “definidos por ordem crescente

de porte/complexidade e abrangência populacional” (idem, 2004). As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, e devem estar capacitadas para realizar, prioritariamente, o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes⁷, constituindo-se como serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território, sendo todos descritos como serviços de atenção psicossocial.

Ainda de acordo com a Portaria 336/02, o CAPSI terá capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento em dois turnos (de 8 as 18) durante os cinco dias úteis da semana; o CAPSII já terá a sua capacidade operacional ampliada para o atendimento de municípios com populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, com o funcionamento igual a de um CAPSI, mas podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21h; e, finalmente, o CAPSIII terá uma capacidade para atender municípios cujas populações estejam acima de 200.000 habitantes, com a significativa diferença em relação aos anteriores de constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24h diariamente, incluindo feriados e finais de semana. O CAPSIII, portanto, conta com leitos integrados ao serviço para o acolhimento noturno, cuja permanência, segundo a mesma Portaria, fica limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados, em um período de trinta dias. Como preconiza esta Portaria, o CAPSIII estará “referenciado a um serviço de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica” (ibidem, 2004).

O CAPS, portanto, assume o lugar do dispositivo oficial do Ministério da Saúde para expressar a direção da política nacional para o campo da saúde mental. “*Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica*”, afirmou o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, na apresentação do documento oficial de 2004, cujo título é: “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial”. Nesse documento estão discriminados os serviços regulamentados pela Portaria 336:

“Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros **tipos de serviços substitutivos** que

⁷ Considera-se transtornos severos e persistentes no campo da saúde mental os descritos pelo CID 10 – Classificação Internacional das Doenças: - as esquizofrenias, os transtornos esquizotípicos e os transtornos delirantes (F20-F29); os transtornos do humor (F30-F39) e os transtornos neuróticos (F40-F44). Porém, vale acrescentar que a indicação será preferencialmente o serviço CAPS, quando tais casos clínicos estiverem associados à quadros sociais graves, onde não existe nenhum apoio familiar ou social, seja pela própria falta total de familiares ou porque os que existem não constituem suporte de fato.

têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS” (grifos nossos; BRASIL, 2004, p.12).

Na sequência, encontra-se a definição de CAPS ou NAPS como “um serviço de saúde **aberto e comunitário** do Sistema Único de Saúde (SUS)”. A definição se amplia:

“Num **dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida**. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e **a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários**. É um serviço de atendimento de saúde mental **criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos**” (grifos nossos; BRASIL, 2004: 13).

Os objetivos dos CAPS, então, estão para além do atendimento clínico da clientela. O CAPS possui muitos mandatos (mandato clínico, mandato social), contemplando ações de articulação com outros equipamentos de saúde mental e de saúde e ações intersetoriais com o campo do trabalho, da educação e da cultura. Outro trecho do documento oficial vale destacar:

Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de **oferecer um ambiente continente e estruturado**. (...) O CAPS deve ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade. O **sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos e evitar as internações** (grifos nossos; BRASIL, 2004:17).

Deste trecho se destaca a importância do “ambiente continente e estruturado” que o CAPS deve oferecer à sua clientela, e que este mesmo ambiente deverá ser capaz de acolher os que se encontram em crise e não conseguem acompanhar as atividades mais organizadas do serviço.

Mais um trecho interessa:

O papel da equipe técnica é fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico. (...) é importante lembrar que o CAPS precisa estar inserido em uma rede articulada de serviços e organizações que se propõem a oferecer um continuum de cuidados (ibidem, 2004).

O CAPS, portanto, possui **dois objetivos principais**: acompanhar em tratamento os casos com transtornos severos e persistentes da sua área de abrangência e (re) inseri-los na comunidade. Acompanhar tais casos significa que o CAPS deverá acolher as crises, de modo a evitar internações psiquiátricas, e para isso, deverá construir ambientes contínuos e estruturados. Desta forma, o CAPS cumpre seus objetivos citados, e, conseqüentemente, cumpre sua função de ser substitutivo ao hospital psiquiátrico. Sendo substitutivo vai operar a reversão do modelo assistencial hospitalar e asilar conforme a direção da Lei 10.216 da reforma psiquiátrica. Dois alicerces, em constante aliança, são fundamentais para o cumprimento da sua função: a equipe técnica, e a rede articulada de serviços continuados.

Vale neste momento apresentar o Quadro A que “resume a configuração proposta pelas Portarias 336/2002 e 1455/2003 nos itens co-participação federal, clientela alvo, composição da equipe, cobertura, carteira de serviços e apoio aos pacientes”, além de demonstrar o isomorfismo organizacional dos CAPS do Brasil (COSTA, SIQUEIRA, UHR, FAGUNDES & MOLINARO, 2011).

QUADRO A– *Isomorfismo Organizacional e as características de cobertura, população-alvo, disponibilidade, carteira de serviços, apoio ao paciente e Recursos Humanos dos CAPS – Brasil.*

CARACTERÍSTICAS	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad
COBERTURA POPULACIONAL	20 a 70 mil habitantes	70 a 200 mil habitantes	200mil ou mais habitantes	100mil ou mais habitantes	100mil ou mais habitantes
POPULAÇÃO-ALVO	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Adultos com transtornos severos e persistentes	Crianças e adolescentes com transtornos mentais	Adolescentes e adultos em uso prejudicial de álcool e outras drogas
DISPONIBILIDADE	Diurna - 5 dias	Diurna - 5 dias	24 horas	Diurna - 5 dias	Diurna - 5 dias
CARTEIRA DE SERVIÇOS, INTERVENÇÃO TERRITORIAL E INTERSETORIAL E SUPORTE AOS PACIENTES	Atendimento individual e grupal, oficina terapêutica, visita domiciliar, atividade comunitária/inserção social e refeições	Idem CAPS I	Idem CAPS I e II, Mais leito para internação por no máximo 7 dias consecutivos ou 10 dias intercalados no período de 30 dias.	Idem CAPS I e II, Mais ações intersetoriais com educação, assistência e justiça	Idem CAPS I e II, mais atendimento de desintoxicação
EQUIPE MÍNIMA	1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior, 4 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível técnico	2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro, 5 profissionais de nível superior, 8 profissionais de nível técnico	1 médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em SM, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 5 profissionais de nível médio	1 médico psiquiatra, + 1 médico clínico, 1 enfermeiro, 4 profissionais de nível superior, 6 profissionais de nível médio

Fonte: Costa, Siqueira, Uhr, Fagundes & Molinaro, 2011.

Por ocupar esse lugar estratégico no processo de reforma nacional para o campo da saúde mental, o CAPS foi eleito o objeto da nossa pesquisa avaliativa. Realiza-se um recorte para os CAPS II do Estado, já que são mais expressivos, tanto numericamente, quanto em seu tempo de implantação. Os CAPS III para adultos do Rio de Janeiro são, certamente, equipamentos mais complexos, funcionando por 24horas. Mas existem apenas quatro em todo o Estado: dois no Município do Rio de Janeiro (na comunidade da “Rocinha” e na comunidade do “Complexo do Alemão”), um no Município de Nova Iguaçu, na região metropolitana I, e um no Município de

Campos dos Goytacazes, na região norte. São equipamentos de saúde que funcionam há cerca de dois anos apenas.

Antes da abordagem do campo da avaliação em saúde mental, discorre-se sobre os desafios, dilemas e contradições das reformas psiquiátricas nas economias centrais.

1.4 Efeitos das Reformas Psiquiátricas

Desviat (1999) analisou os efeitos de alguns processos de reformas psiquiátricas, destacando desafios e dilemas. Inicia a sua análise discorrendo sobre a reforma norte-americana, e afirma que a razão do seu relativo fracasso deve-se, principalmente, às características desarticuladas do seu sistema sanitário e de assistência social.

Buscando explicações para os problemas associados à desinstitucionalização, ele destaca outras falhas desse processo, que podem ser consideradas comuns, incidindo de diversas maneiras nos diferentes países. Ele aponta o baixo orçamento para o desenvolvimento dos programas comunitários ou a falta de financiamento para equipamentos substitutivos quando ocorrem altas hospitalares. Enfatiza que a desconstrução do hospital psiquiátrico gera resistências de todas as ordens: dos sindicatos dos trabalhadores, dos profissionais temerosos com a perda de emprego ou, ainda, da comunidade não preparada para receber os usuários em seu convívio.

O autor analisa também o descompasso entre a formação dos profissionais – especialmente dos médicos – que são capacitados para tratar de um determinado tipo de paciente, e esse tipo muito se difere dos pacientes encontrados nos hospitais psiquiátricos: - os esquizofrênicos crônicos, já pouco responsivos aos tratamentos medicamentosos. Além deste, Desviat (1999) evidencia outro descompasso, ainda maior, entre esses mesmos esquizofrênicos crônicos e os programas que vem sendo criados para substituir o hospital psiquiátrico. Os serviços, segundo ele, acabam por se responsabilizar por aqueles que apresentam uma resposta mais positiva, os casos de patologias menores, para os quais existem “tratamentos relativamente eficazes”, que geram menos frustração e dão maior satisfação pessoal aos profissionais. Observa-se que os novos serviços não se ocupariam dos casos mais graves, mais crônicos. O autor assinala a existência de um “núcleo

irredutível à desinstitucionalização”, formado por pacientes que possuem múltiplas reinternações por períodos curtos, que ocupam as emergências, caracterizando o evento de “porta giratória”.

Acrescenta-se – com o caso brasileiro - os usuários com patologias neurológicas associadas à psicose e que não possuem nenhum suporte familiar ou social, constituindo, de fato, um núcleo bastante resistente à desinstitucionalização. Tornam-se moradores dos hospitais psiquiátricos que tem sido precarizados ao longo do processo de desconstrução do modelo asilar. Os antigos asilos psiquiátricos são ainda os espaços destinados a esses pacientes por total insuficiência na disponibilidade de equipamentos sociais que deem conta dessa população.

Desviat (1999) acredita que o desenvolvimento dos serviços sociais condicionaria os resultados da reforma psiquiátrica. E destaca a falta de alocação eficiente de recursos como um erro mais grave do que o descompasso da formação dos profissionais, que, segundo ele, pode ser rapidamente corrigido com o exercício da profissão na prática.

Concorda-se com o autor quando se trata de uma clientela mais idosa, onde o quadro clínico encontra-se estabilizado e não existe nenhum suporte familiar ou social. Neste caso, o desenvolvimento dos serviços sociais torna-se absolutamente fundamental. Mas e quanto à clientela explicitada pelo autor, que constitui o fenômeno da “porta giratória”? Os “jovens adultos crônicos, de comportamentos psicopáticos, que com seus atos interpelam tanto o sistema de saúde quanto os serviços sociais e o aparato judicial” (idem, 1999, p. 77) necessitarão de recursos para além dos equipamentos sociais.

Refere-se à dimensão da doença mental, que não se restringe ao efeito de exclusão social, histórica e política. Refere-se ao reconhecimento da doença em sua positividade, o que acarreta a admitir a força da clínica. Uma prática clínica que acompanha esta nova lógica comunitária, mas não se reduz a ela. Destaca-se um extrato clínico como ilustração, que ocorreu com uma equipe de um CAPS da cidade do Rio de Janeiro:

“Em nossas discussões do caso, mais de uma vez chegamos a aporia de que se levássemos às últimas conseqüências a intenção de impedi-lo de se matar, precisaríamos impedi-lo de viver, mantendo-o internado ou sob permanente vigilância. Essa não foi, obviamente, a nossa escolha, embora jamais tenhamos hesitado em interná-lo, mesmo à revelia e com o uso da força, quando julgamos necessário” (TENÓRIO, 2001, p. 52).

Tratava-se de um paciente com sucessivas tentativas de suicídio, acometido por recorrentes sentimentos paranóicos. A equipe discutiu e acordou pela direção clínica de internar quando julgasse necessário, sem que esta precisasse se tornar uma internação ininterrupta.

Pretende-se pensar com esta ilustração que o complexo processo de desinstitucionalização, além de contar com equipamentos sociais, necessita de uma rede articulada de serviços de saúde, inclusive hospitalar. Os CAPS II que funcionam sem leitos integrados, precisam de parceria de acompanhamento dos seus usuários (devido à reagudização do quadro clínico) com as equipes dos hospitais de referência.

Desviat (1999) enfatiza a necessidade da rede de equipamentos sociais determinando o sucesso do processo de desinstitucionalização, mas não aponta para a importância da articulação de uma rede de serviços de saúde, que contemplem os diferentes níveis de complexidade em sua capacidade instalada. Deste modo, o sucesso da reforma psiquiátrica fica condicionado à capacidade dos serviços comunitários de responder a toda a complexidade da clínica de pacientes graves. E, como o CAPS II, um serviço de média complexidade, sem leitos noturnos, dará conta de reverter o modelo asilar sozinho? Ele vai precisar da retaguarda de hospitais e ambulatórios que trabalhem de modo integrado. Além dos serviços residenciais terapêuticos - fundamentais para a desinstitucionalização dos pacientes de “longa permanência”⁸ sem nenhuma referência familiar.

Ainda que o hospital psiquiátrico, como uma ‘instituição total’, produza iatrogenia pela ausência de troca com o meio social, não quer dizer que o dispositivo hospitalar deva ser excluído do cenário de cuidado no campo da saúde mental.

É necessária uma política pública mais robusta de investimento nos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, para um suporte mais efetivo aos CAPS. Essa parece ser uma direção potente, pois remete também a uma reversão da lógica asilar. Não mais um hospital psiquiátrico excludente, mas sim leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Hospitais funcionando em rede

⁸ Conforme a Portaria GM 251, de 2002, pacientes de longa permanência são aqueles com mais de um ano ininterrupto de internação (BRASIL, 2004).

articulada no Sistema de Saúde. Neste caso, concorda-se com Desviat (1999, p. 82), quando o autor afirma “... quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e pouquíssimos para a modificação das crenças, preconceitos e comportamentos da sociedade a que eles são destinados”.

Diante do exposto, algumas questões-chaves emergiram na construção da ferramenta de avaliação encaminhada aos serviços. Na realidade brasileira os dispositivos CAPS estão sendo implantados para acolher e tratar os usuários mais graves (tanto clínica quanto socialmente)? Os pacientes de “longa permanência” constituem, de fato, a clientela prioritária dos CAPS? Ou, como identificou Desviat, as equipes se ocupam dos casos mais agudos, com respostas mais positivas ao tratamento?

As equipes conseguem sustentar que os espaços no CAPS sejam continentes para essa clientela que forma o “núcleo resistente à desinstitucionalização”? Os CAPS estão articulados com uma rede de outros equipamentos sociais, clínicos, de cultura, de modo que esta rede seja efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico?

O questionário procurou abordar questões dessa ordem, como o número de pacientes de longa permanência inseridos nos serviços nos últimos doze meses ou quantos estão em processo de desinstitucionalização acompanhados pelas equipes desses serviços. Também questionou a presença de outros serviços de saúde nos projetos terapêuticos da clientela, buscando evidenciar a articulação com a rede de saúde.

1.5 A Política de Saúde Mental e a Agenda da Avaliação

O processo do movimento da reforma psiquiátrica brasileira deflagra, então, a necessidade de uma importante inflexão na direção das políticas públicas para o campo da saúde mental. A aprovação da *Lei da Reforma Psiquiátrica* advém de um contexto de redemocratização do país e de uma reformulação do papel do Estado na saúde.

Borges & Baptista (2008) afirmam que é nesse contexto que surge a “possibilidade para a instituição no Ministério da Saúde, em 1991, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, instância inédita no Brasil, responsável pela “formulação e implementação política na área” (idem: 457).

Depreende-se que a ‘avaliação’ é uma das linhas de atuação a partir da Portaria SNAS nº189/91, cujo ponto forte é a alteração do financiamento. Assim consta no item 7 desta Portaria: “Os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema Único de Saúde, serão submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnico dos níveis federal, estadual e/ou municipal”.

Segue o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica, - e a vertente da avaliação permanece a partir de um documento normativo: a Portaria SAS nº145/94, que revogou a Portaria MS/SAS nº 63/93. Esta portaria criou um “subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de avaliar e acompanhar (...) a correta aplicação das normas em vigor” através da constituição de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica, chamados “GAPs”. Os GAPs eram compostos por representantes dos diversos níveis de gestão, incluindo os usuários e familiares, bem como os prestadores de serviços. A prioridade nesse momento recaía sobre a avaliação e a vistoria dos hospitais psiquiátricos, visando à qualificação desse equipamento, ao mesmo tempo em que objetivava a sua desconstrução. O GAP foi sendo progressivamente desativado a partir de 1997 e a sua lógica de funcionamento é retomada na Portaria GM nº 799/2000.

A Portaria 799/00 institui em seu artigo 1º, no âmbito do SUS, o “Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”. Em seu parágrafo único discrimina quatro itens que o Programa deverá contemplar, incluindo a avaliação na direção da promoção e recuperação da saúde mental, assim como *a proposição de alternativas assistenciais em saúde mental advindas da análise e avaliação*. Para os hospitais psiquiátricos propõe supervisão e avaliação “in loco” no sentido de seguir na reversão do modelo assistencial. O último item diz respeito à elaboração e proposição de protocolos de regulação. *A dimensão que se destaca nesta Portaria como fundamental para a avaliação são os mecanismos de supervisão continuada tanto dos serviços hospitalares quanto dos ambulatoriais*. Esta será uma direção

importante para os serviços substitutivos - os que possuem supervisão continuada estarão associados à melhor qualidade dos processos de trabalho em relação aos equipamentos que não contarem com esse recurso. O questionário avaliativo incluiu uma pergunta sobre a supervisão clínico-institucional dos CAPS: se ela existe e qual a sua regularidade.

Para os hospitais psiquiátricos a vertente da avaliação torna-se mais robusta com a Portaria GM nº 251/2002, que instituiu o PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, estabelecendo critérios de classificação conforme porte do estabelecimento e cumprimento dos requisitos qualitativos de avaliação fixados pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Já a avaliação dos serviços extra-hospitalares não segue com contornos tão claros na legislação de saúde mental, sendo assim, esta dissertação se remeterá para o que se produziu de literatura nesse campo. Para a avaliação dos hospitais, instituição que se almeja extinguir, os instrumentos foram claros e incisivos, como o PNASH/Psiquiatria. E para a avaliação dos serviços extra-hospitalares? Como ela seria realizada? Seguiria o referencial da avaliação dos hospitais? Aparentemente não.

Existe uma nova fronteira de avaliação nos serviços extra-hospitalares em saúde mental. Esse campo se beneficia dos trabalhos de Carvalho e Amarante (1996), Pitta et al (1997), Cadilhe (1997), Libério (1999), Vasconcelos (1999), Almeida e Escorel (2001), Almeida (2001), Bandeira et al (2002), Silva (2005), Barreto (2005), Cavalcanti (2005); de modo criativo por Schmidt (2007); de modo pioneiro por Onocko-Campos, Furtado, Passos e Benevides (2008); Nascimento e Galvanese (2009) e Onocko-Campos & Furtado (2011)⁹.

Na segunda metade da década de 90 surgiram os primeiros estudos avaliativos em saúde mental no país, decorrente do momento anterior de implantação dos primeiros serviços substitutivos. O solo comum que direcionou estes estudos iniciais foi a percepção no campo, da ineficiência dos indicadores tradicionais da assistência psiquiátrica, – número de altas, diagnóstico, remissão de sintomas, tempo médio de permanência e taxa de ocupação – para a avaliação dos novos

⁹ Nem todas as pesquisas citadas foram trabalhadas nesta dissertação, apenas as que estão mais diretamente ligadas ao tema abordado.

serviços. Esses indicadores não seriam capazes de traduzir uma realidade, que justamente tenta superá-los quando procura descrever a qualidade da assistência.

Amarante e Carvalho (1996) sustentaram que havia necessidade de empreender processos avaliativos nos novos serviços de saúde mental a partir de estudo de caso, privilegiando análises qualitativas que considerassem a complexidade de um objeto recentemente criado.

Libério (1999) desenvolveu uma pesquisa avaliando a “satisfação” dos principais atores do campo – os técnicos, os familiares e os usuários –, através de instrumentos padronizados, neste caso as Escalas de Avaliação de Satisfação com Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR). Sua pesquisa envolveu cinco CAPS da cidade do Rio de Janeiro e aponta limitações para o uso do critério ‘satisfação’ como indicador de qualidade, já que foram encontrados altos índices especialmente vindos dos familiares e usuários. A autora destacou a característica de singularidade para os CAPS, que se constituem a partir de um contexto específico, com uma dada clientela. Ela se questionou: “*Como compará-los diante destas peculiaridades, inerentes ao modelo?*” (grifo nosso, idem, 1999, p. 169).

Em 2001, permanecendo no campo a constatação de que os parâmetros avaliativos em uso seriam insuficientes para os novos serviços, Almeida e Escorel (2001) questionam: “*Como desenvolver um processo de avaliação e quais instrumentos utilizar que considerem a singularidade da atenção à loucura e que respondam à exigência de resolutividade de um serviço público?*”. Nessa questão as autoras retomam a afirmação de Libério (1999) sobre a singularidade da experiência com a loucura, mas acrescentam que o CAPS terá que responder a uma exigência de resolutividade de um serviço público.

Almeida (2002) afirmou a necessidade de novos instrumentos para a avaliação dos serviços substitutivos de saúde mental ao realizar um estudo qualitativo e participativo no primeiro CAPS implantado na cidade do Rio de Janeiro, o CAPS Rubens Corrêa, de Irajá, visando à criação de indicadores. Afirma a autora: “os novos serviços nos apresentam o desafio de produzir indicadores pertinentes, que possibilitem acompanhar os resultados, auxiliar possíveis mudanças estratégicas e, principalmente, que seja um instrumento útil aos processos de gestão”. Apesar de Libério(1999) ter apontado limites ao critério “satisfação” como indicador de qualidade, a equipe

deste CAPS o elegeu como o mais importante, apontando a ‘satisfação da equipe’ como um privilegiado indicador de qualidade para este serviço de novo tipo.

A pesquisa de Almeida (2002) destaca o espaço da supervisão clínico-institucional como lugar privilegiado para a avaliação dos processos de trabalho da equipe. Outro importante resultado colhido pela pesquisadora foi que a metade dos profissionais respondeu que a principal utilidade de uma avaliação seria fornecer informações necessárias ao processo de tomada de decisão da equipe e do gestor do serviço. Também foi apontado que a falta de padronização e sistematização de dados que possibilitassem comparações entre os serviços, compromete a expansão dos novos serviços. Esta equipe valorizou instrumentos de avaliação mais sistematizados, como o estabelecimento de metas a serem cumpridas. Entretanto, concordaram que parâmetros mais clássicos, como a contabilidade do número de consultas e de procedimentos, exclusivamente, não seriam adequados para uma avaliação da qualidade dos novos serviços.

Schmidt (2007) empreendeu pesquisa avaliativa também em um dos CAPS do Rio de Janeiro – o CAPS Profeta Gentileza, que foi implantado em meados de 2003, na zona oeste da cidade, com o projeto de ser o primeiro CAPS III deste município. Esta tese traz uma contribuição importante ao debate sobre os caminhos da política de assistência brasileira à saúde mental, porque leva adiante uma avaliação dos CAPS. Foi realizada em formato de estudo de caso, combinando dados quantitativos e qualitativos, sobre a assistência prestada, no período de seis meses. Estes dados foram coletados a partir de dois universos: pacientes encaminhados e pacientes matriculados.

A autora privilegiou dois eixos: *acesso e acompanhamento*. No primeiro eixo a dimensão de acolhimento foi privilegiada, sendo tomada como o primeiro atendimento na Unidade. Um achado importante foi o questionamento da qualidade do acolhimento a partir dos resultados dos dados quantitativos. Schmidt (2007) defende a tese que o acolhimento tem mais qualidade quando realizado por dois profissionais de categorias diferentes, para que se mantenha a interdisciplinaridade desde a recepção. A pesquisa nesse ponto oferece um indicador de qualidade, que se operacionaliza quantitativamente, sendo passível de mensuração e um bom marcador de qualidade.

Quanto à análise qualitativa do acompanhamento dos casos, considera-se bastante rico o raciocínio da responsabilização da equipe multiprofissional. Em dois dos quatro casos discutidos, a pesquisadora constata que não houve tomada de responsabilidade pela equipe. As discussões eram empobrecidas, os membros das equipes não sabiam dados sobre o caso, e os registros em prontuários estavam insuficientes.

Retira-se desses achados que a organização do serviço pautada no técnico de referência, exclusivamente, não qualifica o processo de trabalho do CAPS. Além disso, quando um dispositivo é realizado majoritariamente por apenas um técnico, a visão interdisciplinar se compromete, acarretando consequências ruins para a assistência. Quando esse técnico não faz uso de recursos coletivos fundamentais ao funcionamento do CAPS, como os registros em prontuários ou as supervisões de equipe, o acompanhamento dos casos fica precário. Os resultados da pesquisa avaliativa de Schmidt (2007) apontam para o risco que correm os novos serviços, de caírem num funcionamento burocrático e automatizado.

A autora encontrou um único indicador de qualidade designado pela equipe: o “*acompanhamento*”, que se destaca para avaliar tanto o *acolhimento* (neste trabalho tomado como o primeiro atendimento), quanto para avaliar o *acompanhamento dos casos*. No primeiro eixo, verifica-se qualidade quando os profissionais conseguem acompanhar os encaminhamentos que são realizados e quando conseguem construir a rede em articulação com profissionais de outros serviços de saúde. Quanto ao segundo eixo, verifica-se qualidade do CAPS, quando os casos são de conhecimento de toda a equipe e conseguem ser acompanhados pelo serviço, com os devidos registros em prontuário e discussões clínicas no espaço de supervisão.

Almeida (2002) e Schmidt (2007) encontraram em suas pesquisas avaliativas junto às equipes dos CAPS Rubens Corrêa (Irajá/RJ) e Profeta Gentileza (Inhoaíba/RJ), respectivamente, um resultado comum, que a precariedade da infra-estrutura compromete a qualidade da assistência prestada e afeta os processos de trabalho dos profissionais.

Cavalcanti, Dahl e Carvalho (2009) empreenderam pesquisa avaliativa com os três CAPS mais antigos do Rio de Janeiro: CAPS Rubens Corrêa (Irajá); CAPS Pedro Pelegrino (Campo Grande) e CAPS Simão Bacamarte (Santa Cruz). Acompanharam 30 pacientes, sendo 15 matriculados e

15 encaminhados. Dez pacientes de cada CAPS, onde cinco estavam matriculados nos serviços e cinco haviam sido encaminhados para outros equipamentos da rede de saúde. Dois pontos da discussão interessam para esta dissertação.

O primeiro ponto aborda a taxa de abandono do tratamento dos CAPS. As pesquisadoras encontraram um valor de 29,62% de pacientes que abandonaram o tratamento dentro da amostra pesquisada. Afirmam ainda que na literatura brasileira observa-se taxa ainda maior, e fundamentam-se no estudo de Melo e Guimarães (2005) realizado no CERSAM Pampulha em Belo Horizonte, onde a taxa encontrada foi de 39,2% de abandono. Citam também o estudo de Pelisoli e Moreira (2005) que encontrou uma taxa de 54% de não retorno do primeiro atendimento no CAPS Casa Aberta, da cidade de Osório, no Rio Grande do Sul. O instrumento enviado aos CAPS, nesta pesquisa avaliativa, incluiu uma pergunta sobre o abandono do tratamento.

Outro ponto que interessa da discussão de Cavalcanti, Dahl e Carvalho (2009) é o que versa sobre o trabalho no território, abordando o dispositivo do “técnico de referência” e explorando a parceria de trabalho com os profissionais das equipes da estratégia saúde da família (ESF) e com o programa de agentes comunitários da saúde (PACS). As pesquisadoras apontam para o fato da sobrecarga de trabalho dos técnicos dos CAPS com a sua clientela de referência. Questionam se eles dariam conta da articulação com os recursos da comunidade dada essa sobrecarga. Sugerem outro profissional para desempenhar a função de ligação do CAPS com o território, e afirmam que poderia tratar-se de profissional da ESF ou do PACS. Porém, em toda a amostra pesquisada pelas autoras não houve articulação de nenhuma das três equipes com a ESF ou o PACS.

O instrumento avaliativo dessa dissertação incorpora questões sobre a inclusão dos recursos da comunidade, sobre o matriciamento às equipes da ESF e sobre a organização dos serviços: pautada ou não exclusivamente pelos técnicos de referência. De modo que será possível traçar um perfil dos CAPS do Rio de Janeiro, avaliando se os serviços estão conseguindo realizar um trabalho inserido em sua comunidade e em articulação com as equipes da estratégia saúde da família e agentes comunitários, ou não.

Bastante relevante é a pesquisa de Onocko-Campos, Furtado, Passos e Benevides (2008) com a “rede CAPS” do Município de Campinas. Pioneira na capacidade instalada de equipamentos mais complexos para a assistência à saúde mental, Campinas se colocava como referência nacional para o campo na década passada (assim como Santos se colocou quando implantou os NAPS santistas no final da década de 80). Os autores realizaram uma pesquisa avaliativa qualitativa durante os anos de 2006 e 2007, agregando teses de doutorado, dissertações de mestrado e bolsistas de iniciação científica.

Nesta investigação, os dados foram coletados por meio de vinte grupos focais nos seis CAPS III de Campinas. Compuseram os grupos diferentes atores do campo: trabalhadores, usuários, familiares, gestores locais e gestores municipais. Cada grupo teve o seu material gravado e transcrito. Foram construídas narrativas, que puderam ser contestadas, corrigidas e validadas pelos informantes. Os resultados preliminares foram discutidos em oficinas, objetivando o processamento dos resultados da pesquisa. Nestas oficinas a participação foi ampliada, incluindo além dos grupos de informantes citados, profissionais de outros serviços da rede de saúde, como unidades básicas de saúde, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), centros de convivência e supervisores de CAPS, totalizando cerca de 300 participantes (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, PASSOS, FERRER, MIRANDA & GAMA, 2009).

Foram realizadas dez oficinas em duas sessões, divididas em seis temáticas: “Concepção de CAPS”; “Projeto terapêutico individual”; “Práticas grupais”; “Atenção à crise”, “Formação dos trabalhadores/sofrimento psíquico” e “Gestão”. Os participantes elegeram os problemas, controvérsias e soluções que deveriam ser monitorados. As oficinas se dedicaram à elaboração de parâmetros e dispositivos avaliativos para o monitoramento. Com o produto dessas oficinas foi confeccionado um **“Guia de Boas Práticas em CAPS III”**. Afirmam os pesquisadores: **“Esperamos que os consensos sobre o que sejam analisadores, indicadores e parâmetros para uma rede de CAPS III possam ser de utilidade para outros pesquisadores e para os próprios gestores do SUS em suas esferas local e federal”** (idem, 2009, grifo nosso).

Utilizou-se o *“Guia de Boas Práticas em CAPSIII”* como fonte importante para a construção deste questionário de avaliação, aliado aos outros trabalhos de avaliação do campo citados nesta dissertação. O questionário, porém, focou as suas questões na tipologia CAPS II, não

contemplando questões sobre o trabalho específico do CAPS III – o acompanhamento dos usuários nos leitos integrais do serviço.

Também contribuiu para a construção do questionário utilizado nesta dissertação a pesquisa avaliativa da estrutura de vinte e um CAPS da cidade de São Paulo. Nascimento e Galvanese (2009) objetivaram nesta avaliação a descrição da estrutura física, dos recursos humanos e modalidades de atenção existentes nos CAPS avaliados.

As pesquisadoras encontraram como evidências significativas a inadequação dos espaços físicos, a concentração de psicólogos em poucos serviços e a disponibilidade média de psiquiatras acima do preconizado pela Portaria GM 336/2002. Também apresentaram como resultado que nenhum dos CAPS pesquisados de São Paulo funcionava como CAPSIII, ou seja, por 24h. Além disso, as atividades desempenhadas nos CAPS foram heterogêneas, com maior valorização das atividades grupais desenvolvidas com usuários *dentro* dos CAPS e pouca integração aos outros equipamentos de saúde. Relevante se mostrou a conclusão da existência de diferentes modelos de atenção psicossocial nos serviços avaliados.

Nascimento e Galvanese (2009) afirmam que alguns CAPS de São Paulo funcionam como “equipamentos-síntese”, o que significa que ocorrem diferentes níveis de atenção em uma só Unidade, onde “os usuários sempre seriam assistidos independentemente do nível de atenção requerido e não receberiam altas”. Enquanto que “em outros CAPS a preocupação com a alta e o encaminhamento para outros equipamentos colocava-se desde a formulação do projeto terapêutico do usuário em sua entrada” (idem, 2009, p. 14). As autoras discutem essas diferenças levantando pontos importantes para o debate. Apontam a inviabilidade dos CAPS funcionarem como ‘equipamentos-síntese’ no município de São Paulo, já que são vinte e dois CAPS para dez milhões de habitantes. Por outro lado, afirmam que a precariedade dos demais equipamentos de saúde da rede, no que tange à atenção psicossocial, como a falta de técnicos com formação em saúde mental, dificulta, ou até impossibilita, o acompanhamento dos usuários fora do CAPS. Para as autoras trata-se de um impasse a ser resolvido pelas equipes dos serviços.

Uma avaliação foi realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o CREMESP (Lima, 2010). Este órgão realizou um estudo avaliativo com 40% da rede instalada

de Centros de Atenção Psicossocial do seu Estado. O propósito da avaliação do CREMESP foi atingir uma amostra expressiva de serviços para a confecção de um diagnóstico do funcionamento dos CAPS. Para tanto, foi utilizado um “roteiro de vistorias” construído pelo Conselho, que tomou o cumprimento da Portaria 336, de 2002, do Ministério da Saúde, como referência.

Ao longo de dois anos, 2008 e 2009, o Departamento de Fiscalização do CREMESP, com apoio e supervisão da Câmara Técnica de Saúde Mental do CREMESP visitou oitenta e cinco (85) dos duzentos e trinta (230) CAPS do Estado de São Paulo. Eles foram selecionados de forma aleatória a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A pesquisa foi complementada pela análise de uma amostra de cinco prontuários selecionados por sorteio, em cada Unidade, totalizando a avaliação de 425 prontuários. Uma conclusão mais geral dessa pesquisa revela que existe um descompasso entre o que diz a Portaria 336 e o que de fato acontece nos serviços.

Entre os principais resultados encontrados se destacam a insuficiência do quadro de pessoal, a ausência de atendimento médico clínico, a falta de médicos psiquiatras em determinados períodos, a falta de retaguarda para emergências e para leitos psiquiátricos, a não realização de atividades na comunidade, a ausência de supervisão e capacitação, e as limitações de acolhimento em período noturno. Concluiu-se que menos da metade dos CAPS cumpre o que diz a Portaria 336 em seu conjunto.

Ressalta-se nesta pesquisa que as intervenções onde os CAPS mais falham são, justamente, na realização de atividades comunitárias e assembleias, reintegração profissional e articulação com a comunidade. Não cumprem, segundo a pesquisa, as ações para as quais estão vocacionados: a realização de atividades na comunidade é uma prática sistemática em 47,6% das unidades. E, no geral, 30% dos CAPS não apresentaram integração com os recursos comunitários. Os CAPS pesquisados, portanto, não conseguiram organizar a demanda e articular efetivamente com os recursos da comunidade, o que pode comprometê-los no traço mais marcante de sua vocação e identidade. Qual seja? O da reintegração dos pacientes às suas comunidades.

Também é destacado que um terço dos CAPS não tinha nenhuma retaguarda para as suas necessidades de emergência psiquiátrica. Quanto à retaguarda para as urgências clínicas, três quartos relataram possuir sistematicamente essa retaguarda. Nas conclusões da pesquisa, os autores indicam a necessidade de uma busca imediata pela retaguarda (referência) para as emergências psiquiátricas, em todas as unidades em funcionamento. Além disso, os pesquisadores afirmam que como o CAPS é uma unidade de assistência à saúde, que realiza procedimentos médicos, faz-se necessário o seu credenciamento no CREMESP. Destacou-se também a pouca presença dos médicos psiquiatras nas Unidades, já que a pesquisa encontrou que em um terço dos períodos este profissional estava ausente.

Estas foram as principais pesquisas do campo da avaliação em saúde mental que orientaram a construção do instrumento aplicado aos quarenta Centros de Atenção Psicossocial, tipologia II, do Estado do Rio de Janeiro. Segue, então, o método desta pesquisa avaliativa.

2. MÉTODO: A CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

2.1 Introdução

Para que o trabalho de campo desta dissertação se efetivasse, fez-se necessário a construção do instrumento de avaliação. Esta construção resultou em um questionário com perguntas abertas e fechadas, que foi enviado aos diretores dos CAPS II do Estado, refletindo a literatura do campo da avaliação em saúde mental – dissertações, teses e artigos já citados – que puderam ser apreendidos e transformados em questões. Questões que foram organizadas dentro de uma estrutura própria do questionário, de autopreenchimento, para possibilitar a sua reaplicação em outras amostras ou populações. A elaboração desse instrumento avaliativo será explicitada após a descrição dos objetivos geral e específicos, bem como o contexto e a perspectiva desta avaliação.

Definiu-se como **objetivo geral** da pesquisa ampliar a capacidade institucional de avaliação nos novos dispositivos de assistência à saúde mental, tomando como objeto os Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro, tipologia II, de adultos.

Os **objetivos específicos** foram:

- O desenvolvimento de metodologia de avaliação descritiva dos CAPS;
- Avaliar a cobertura, a disponibilidade de recursos humanos, as condições de estrutura física e material e os processos de trabalho dos CAPS II do Estado do Rio do Janeiro.
- Validação de um questionário qualitativo e quantitativo de avaliação dos CAPS.

Objetiva-se, portanto, realizar uma avaliação da qualidade dessas Unidades quanto à estrutura dos serviços e seus processos de trabalho.

Worthen e Sanders (2004) afirmam que avaliações são “investigações voltadas para decisões”. Defendem que a avaliação não é uma atividade primordialmente científica, mas sim uma atividade política, desenvolvida dentro de um sistema social (WORTHEN & SANDERS, 2004, p. 34-39).

Concorda-se com Minayo (2009), quando a autora afirma que “um bom sistema de indicadores para avaliação deve sempre surgir do processo de diálogo e de negociação entre todos os atores”.

Na direção da complementaridade às pesquisas qualitativas e participativas, que puderam aprofundar questões e discussões, indicando importantes indicadores de qualidade, é que esta pesquisa se desenvolveu. Toma-se como fundamentação a afirmação de Minayo e Sanches (1993) de que as abordagens qualitativas podem abrir importantes perspectivas e variáveis, a serem, posteriormente, utilizadas em levantamentos estatísticos.

Além disso, esta pesquisa avaliativa foi conduzida sob a direção da afirmação de Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), quando dizem que “... embora as diferenças filosóficas tenham levado a visões diferentes da avaliação, elas não são incompatíveis; para avaliadores sérios de nossos dias, a polarização cedeu lugar à integração das perspectivas”.

Para os autores a avaliação tem por objetivo central determinar o mérito ou valor de alguma coisa, tendo vários usos distintos. A avaliação poderá ter por fim a melhora de um produto; ou decidir se um programa deve ou não ser implantado; ou ainda, determinar o valor de um programa estabelecido. Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004) discriminam a avaliação em

interna e externa. A primeira sendo realizada pela equipe do próprio programa a ser avaliado, e a segunda realizada por pessoas de fora. Os autores também discorrem, a partir da conceituação de Scriven (1967), sobre avaliação formativa e avaliação somativa. Enquanto a primeira é utilizada para construção de um diagnóstico que possa dar subsídios aos administradores e equipe do próprio programa avaliado, visando o seu incremento; a segunda é utilizada para tomada de decisões sobre o futuro de um programa ou sua adoção para administradores, consumidores e/ou órgão financiador. A formativa é realizada basicamente por avaliadores internos, enquanto que a somativa é realizada por avaliadores externos.

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), portanto, afirmam a possibilidade da integração de perspectivas, marcando, porém, a presença de diferentes usos para a avaliação, com diferentes fins, e realizadas por diferentes pessoas, em posições políticas muitas vezes antagônicas. Nem sempre a avaliação buscará o consenso ou a complementaridade. Ela poderá ser disruptiva ou muito crítica.

Nesse sentido, Onocko-Campos e Furtado (2006) apontam a importância de incluir atores no debate da avaliação em saúde mental, que não concordam com a direção da política pública atual para a assistência no setor, afirmando o seguinte:

“Considerando que, no Brasil, setores progressistas da reforma psiquiátrica ocupam lugar de destaque na formulação e na condução executiva das mudanças em saúde mental, acreditamos ser oportuno incluir no processo de avaliação dos dispositivos criados para a implementação da reforma, atores que, de alguma forma, mantêm-se à margem do processo, em posturas essencialmente críticas, o que pode reduzir eventuais pontos cegos dos gestores e formuladores de políticas” (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2006, p. 1059).

A pesquisa avaliativa realizada pelo CREMESP (Lima, 2010), por exemplo, levantou vários pontos frágeis da rede CAPS, especialmente no que se refere a questões ligadas ao profissional médico, bem como outras ligadas à articulação com hospitais psiquiátricos e clínicos. O “*roteiro de vistorias*” utilizado por este Conselho trouxe para esta dissertação possibilidades de ampliação do questionário, especialmente no que tange à parte da identificação e caracterização dos serviços.

Vasconcelos (2010) chama a atenção para o que é prioritário no debate atualmente, os possíveis problemas de desassistência ou baixa efetividade dos novos serviços. Afirma que este debate vem sendo realizado pela psiquiatria biomédica organizada com base em evidências da epidemiologia e da avaliação de políticas, programas e serviços. Cita como exemplo a publicação do CREMESP (Lima, 2010). O autor salienta que:

“O avanço da produção científica e do debate no campo da avaliação de serviços é muito salutar para qualquer política social, mas é importante assinalar que está também em luta neste campo os paradigmas científicos que sustentam a avaliação” (VASCONCELOS, 2010, p. 35).

E segue em seu raciocínio, destacando a “nossa preferência” (dos atores do campo da saúde mental engajados na atual direção das políticas públicas de base territorial) por pesquisas qualitativas e participativas que captam as sutilezas do cotidiano de trabalho, enquanto a psiquiatria biomédica:

“ataca com estudos com ênfase quantitativa, epidemiológica e normativo/gerencial, **perspectiva esta que, em minha opinião, não deveríamos descuidar e deixar apenas para a iniciativa deles**” (VASCONCELOS, 2010, p. 35).

Esta dissertação pretende escapar dessa dicotomia qualitativo/quantitativo, conforme a proposta já explicitada de complementaridade e de cooperação entre as distintas formas de apreensão da realidade. Porém, é importante registrar que esta dissertação vem ao encontro do que propõe Vasconcelos (2010), pois objetiva realizar uma análise de cunho quantitativo e descritivo, de um número expressivo de serviços.

Esta dissertação, então, entra no campo da avaliação tomando-o conforme Onocko-Campos e Furtado (2011) o concebem: “o campo da avaliação deveria sempre garantir: a diversidade, a interdisciplinaridade e a multiplicidade de perspectivas”. Explicitado o contexto em que esta avaliação se insere e a sua perspectiva, segue-se discutindo sobre os procedimentos adotados.

Os questionários foram enviados pelos Correios, no início do mês de novembro de 2010, a todos os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro, endereçados aos seus diretores ou coordenadores, para

que os mesmos respondessem às questões propostas. Junto seguiu o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em duas vias, para que os mesmos assinassem e devolvessem, somados aos questionários respondidos. Concomitante ao envio dos questionários em papel seguiu email para todos os gestores implicados, de modo a informar o propósito da pesquisa e o próprio envio dos instrumentos de avaliação pelos Correios. Seguiu pela internet, em anexo, uma cópia do questionário e do TCLE. Para o acompanhamento do processo de retorno dos questionários foram feitos vários contatos telefônicos com os CAPS, buscando abordar preferencialmente os diretores, e, na ausência, quem respondesse por eles. Este acompanhamento durou cerca de quatro meses. Conforme o TCLE, os CAPS não foram identificados na apresentação dos resultados e na discussão. Foram descritos conforme a sua posição, de 1 a 30, no banco de dados.

É importante acrescentar que foram realizadas importantes ações prévias ao envio dos instrumentos avaliativos em papel e digitalizados. O questionário foi submetido ao pré-teste, sendo respondido por dois diretores de CAPSII da Capital. Além disso, o trabalho de campo desta dissertação foi informado para o Coordenador de saúde mental do Estado do Rio de Janeiro e foi informado a todos os coordenadores de saúde mental dos diversos Municípios. Também foi informado à Coordenadora de saúde mental e ao Gerente da atenção psicossocial da Capital e foi informado para o coletivo de diretores dos CAPS da Capital.

Detalharemos a seguir o processo de construção do questionário aplicado.

2.2 A Construção do Questionário

O questionário foi construído majoritariamente a partir da literatura trabalhada. Além disso, atores do campo contribuíram para a sua clareza, assim como a discussão durante a banca de qualificação. Por fim, o pré-teste do instrumento aplicado a duas diretoras de CAPSII do município do Rio de Janeiro o refinou, gerando o formato final que foi distribuído à população de CAPSII (40) do Estado do Rio de Janeiro.

A primeira versão surgiu a partir da leitura do “*Guia de Boas Práticas em CAPSIII*” (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, PASSOS e BENEVIDES, 2008) somada a uma leitura cuidadosa da tese de Schmidt (2007), assim como de outras teses e artigos já citados na introdução. O formato inicial do questionário apresentou perguntas abertas, que logo em seguida foram formatadas para questões que obtivessem respostas do tipo “sim” e “não”.

A partir desse produto da pesquisa avaliativa com os CAPSIII de Campinas foram inspiradas muitas questões do instrumento utilizado para esta avaliação. O “*Guia de Boas Práticas em CAPSIII*” (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, PASSOS e BENEVIDES, 2008) contendo indicadores e dispositivos construídos nas oficinas, foi dividido em seis temas: “Atenção à crise”; “Gestão”; “Concepção de CAPS”; “Formação dos trabalhadores/sofrimento psíquico”; “Projeto terapêutico individual” e “Práticas grupais”. A forma como os indicadores foram construídos interessa destacar:

Assim, nossa tentativa de incluir diversas vozes na busca do consenso objetiva também construir indicadores e dispositivos de avaliação que façam sentido para os profissionais e que, dessa maneira, lhes permitam compreender a importância desse monitoramento (ONOCKO-CAMPOS & FURTADO, 2011, p. 112).

A primeira questão do eixo *acompanhamento* no questionário, por exemplo, interroga sobre a regularidade das supervisões clínico-institucionais. Questão que também foi inspirada no “*Guia*”, onde este dispositivo foi descrito como um “espaço de interação e reflexão muito valorizado pelas equipes” (idem, 2008, p. 403). Ela também sofreu inspiração da pesquisa desenvolvida por Almeida (2002) e Nascimento e Galvanese (2009). Acrescenta-se a estas fontes a influência da importância dada a este dispositivo pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que vem investindo editais desde 2005 para a implantação das supervisões clínico-institucionais. Através do Programa de Qualificação da Rede de Serviços foi possível apoiar 780 projetos de supervisão da rede de atenção psicossocial entre 2005 e 2010 (Saúde Mental em dados nº9).

Três indicadores do tema “Gestão” influenciaram questões do instrumento aqui proposto. O primeiro indicador questiona se os serviços desenvolvem atividades intersetoriais e inspirou a questão sobre a busca de recursos e serviços da comunidade que estariam presentes nos projetos

terapêuticos de cada usuário. O segundo: - se o CAPS realiza intervenções no território com a parceria das equipes da estratégia saúde da família; e o terceiro: - se realiza o apoio matricial, influenciaram as duas primeiras questões da subdimensão “Inserção do CAPS no território”. Os indicadores que abordam a assembleia no CAPS, ainda dentro deste mesmo tema, influenciaram a questão do questionário que aborda a participação dos usuários e familiares no projeto institucional dos CAPS.

No tema “Concepção de CAPS” dois indicadores sobre a porta de entrada influenciaram questões sobre a recepção, presentes no instrumento. São eles: o indicador que pergunta sobre a existência de critérios para o acolhimento nos CAPS; e o que questiona sobre a existência ou não de avaliação de risco. Tais indicadores somados à literatura sobre recepção nos serviços de saúde mental e a tese de Schmidt (2007) compuseram o escopo para a formação das questões que abordam a recepção no instrumento, que está no eixo acesso, iniciando a terceira subdimensão: - o acesso ao tratamento.

O “*Guia de boas práticas*” (idem, 2008) também se presentifica no questionário avaliativo inspirando questões da última subdimensão do eixo acompanhamento: - o “acolhimento à crise”. As questões sobre o trabalho parceiro com o SAMU; se existe ou não intervenções domiciliares; se acontece o acolhimento à crise sem uso do leito de internação; se as equipes compartilham a decisão de internar com as famílias; e se existem critérios para a internação, foram influenciadas por indicadores do “*Guia*” que se encontram distribuídos entre os temas “Atenção à crise”, “Gestão” e “Concepção de CAPS”. As questões sobre os projetos terapêuticos dos usuários e a questão sobre discussão coletiva dos grupos e oficinas também tiveram ancoragem nos temas “Projeto terapêutico individual” e “Práticas grupais”.

Desse modo, já de posse de um questionário com perguntas mais claras e objetivas, realizou-se uma discussão com um epidemiologista e assessor, na época, da Superintendência de Institutos Municipais da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SIM/SMSDCRJ). O mesmo contribuiu para o incremento das respostas, abrindo a possibilidade de uma gradação entre o sim e o não, com respostas do tipo “às vezes”; “em parte das internações sim”; “em parte dos casos sim”. Além disso, elencou algumas perguntas que não haviam ficado claras para ele, o que exigiu o esforço de uma redação mais precisa. Em outras

questões sugeriu maior detalhamento, com a inclusão de exemplos para facilitar a compreensão do leitor.

Mais uma contribuição se mostrou fundamental para a confecção do questionário. Foram as sugestões de uma profissional da saúde do Ministério da Saúde, com experiência em planejamento e em aplicações do PNASH/Psiquiatria – Plano Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. Esta profissional se ateu à organização estrutural do questionário, não fazendo nenhuma observação quanto ao conteúdo das questões. Inicialmente propôs a inclusão de um “instrutivo” para a primeira folha, contendo orientações quanto ao preenchimento e outros esclarecimentos necessários. Em seguida apontou a importância da inclusão do faturamento. Também enfatizou a inclusão do *acesso* como uma dimensão fundamental a ser abordada pelo questionário, o que veio ao encontro da avaliação conduzida por Schmidt (2007), que foi dividida em dois eixos: - *acompanhamento e acesso*. Esta abordagem - que divide a avaliação nestas duas dimensões - foi mantida na estruturação do questionário apresentando uma influência bastante direta da tese de Schmidt (2007).

Através da aplicação dos questionários buscou-se realizar uma avaliação de estrutura e processo, tendo por eixos privilegiados de análise – as dimensões da avaliação – o *acesso* e o *acompanhamento*. A dimensão do *acesso* foi abordada por meio de três subdimensões: acesso geográfico; acesso à capacidade instalada; e acesso ao tratamento. Nascimento e Galvanese (2009), Schmidt (2007) e Almeida (2002) inspiraram perguntas sobre a estrutura dos CAPS e a sua capacidade instalada. A dimensão do *acompanhamento* foi abordada por meio de quatro subdimensões: supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar; projetos terapêuticos e espaços coletivos; inserção do CAPS no território; e acolhimento à crise.

Esta estrutura do questionário final, enviado aos quarenta (40) CAPS II do Estado, foi praticamente a mesma da apresentada no projeto para a qualificação desta pesquisa avaliativa. Porém, o questionário foi ampliado no conteúdo e na apresentação. Ganhou um instrutivo em sua página de rosto e dois campos novos. O primeiro que abordou a identificação do CAPS e o segundo que abordou a sua caracterização.

Como já mencionado, os campos da identificação e da caracterização foram inspirados pela pesquisa avaliativa do CREMESP (Lima, 2010). No campo da identificação destacam-se duas variáveis quantitativas. A primeira pergunta sobre a população coberta e a segunda pergunta sobre o início do funcionamento dos CAPS. São variáveis importantes que contemplam a cobertura e o tempo médio de funcionamento dos CAPSII do Estado do Rio de Janeiro.

No segundo campo, o da caracterização dos CAPS, as variáveis quantitativas que questionam o número de profissionais dos CAPS, quantos usuários estão matriculados, quantos frequentam, quantos estão em avaliação e quantos ingressaram nos serviços nos últimos doze meses, possibilitam traçar um perfil dos CAPS quanto aos seus recursos humanos em relação à clientela atendida, avaliada e a que frequenta. Também nesse campo será possível visualizar quantos CAPS possuem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) vinculados a eles.

Entrando no primeiro eixo de análise desta avaliação, que é a primeira parte do questionário, e versa sobre o *acesso*, vale uma fundamentação. Inicialmente o acesso é, entre outros, um dos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição de 1988, para a saúde. Assim está escrito no título VIII, da ordem social; seção II, da saúde; artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços** para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Na lei federal 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso é adjetivado de universal, no inciso primeiro, do artigo sétimo, do segundo capítulo, intitulado “dos princípios e diretrizes”. Assim consta na lei: “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (LEI FEDERAL 8080/90).

Além disso, Alves (2006, p. 172) em seu artigo que abordou a integralidade nas políticas de saúde mental, faz referência a Benedetto Saraceno, que formulava a importância do trabalho com algumas premissas. E, segundo este autor, a melhor premissa para definir a qualidade de um programa ou projeto em saúde mental é a decorrente do conceito de acessibilidade.

Para conceituar acesso, então:

“Tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde. Implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza” (PEREIRA, 2000).

O acesso foi dividido em três subdimensões no questionário. Na primeira, a do acesso geográfico, destaca-se a questão sobre a acessibilidade geográfica dos CAPS pela sua clientela de referência. Essa pergunta foi realizada de modo que as respostas se distribuíssem numa escala de 0 a 10, trazendo mais qualidade na informação para o avaliador.

Na segunda subdimensão do acesso, a da capacidade instalada, destaca-se a variável que questiona se a arquitetura do CAPS potencializa o trabalho, pois é direção do Ministério da Saúde que os CAPS proporcionem ambiência terapêutica à sua clientela. Esta ambiência estará necessariamente ligada ao espaço físico. Ambiência para a saúde, destacada na Política Nacional de Humanização (PNH) “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006).

A terceira subdimensão do acesso abordou o acesso ao tratamento e destacam-se as questões que tratam da recepção do CAPS - como funciona a sua porta de entrada. Ela acontece todos os dias? O serviço está aberto para casos novos? E, por fim: como se realiza a recepção? Analisando os dados colhidos nessas questões poderemos saber se os serviços permanecem abertos aos casos novos, e como está a qualidade da recepção. Acompanha-se o pensamento de Schmidt (2007), que considera de melhor qualidade a recepção que inclui a interdisciplinaridade, ou seja, é realizada, no mínimo, por dois profissionais de categorias diferentes. No questionário aplicado, então, serão consideradas de melhor qualidade as recepções que funcionam em grupo ou por dois profissionais de categorias diferentes.

Além das variáveis categóricas que analisam a recepção, é preciso destacar as variáveis que pretendem observar a inserção da clientela de longa permanência nos CAPS. Existe estratégia para esta inserção? Quantos foram inseridos no último ano e quantos, ainda internados, já estão

submetidos ao trabalho de desinstitucionalização, num processo de vinculação ao seu CAPS de referência?

Outra informação bastante interessante que o questionário pretende avaliar se refere aos medicamentos. Será que as medicações necessárias são providas pelos CAPS? E será que algum CAPS oferece medicações de última geração, amplamente utilizadas na clínica privada?

A segunda parte do questionário - que constitui o segundo eixo de análise da avaliação - aborda o acompanhamento, onde os processos de trabalho das equipes foram questionados. O *acompanhamento* foi o único indicador de qualidade encontrado pela equipe do CAPS Profeta Gentileza, na pesquisa avaliativa de Schmidt (2007). Indicador já destacado por Goldberg (1996), no trabalho junto aos usuários, na atenção diária do primeiro CAPS do Brasil.

A primeira subdimensão do acompanhamento é a “**supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar**”. Esta subdimensão é fundamental para uma avaliação de CAPS, já que a *equipe interdisciplinar* constitui um dos pilares do novo paradigma da atenção psicossocial, em oposição ao antigo paradigma médico, onde a hegemonia do poder deste profissional prevalecia.

A *supervisão clínico-institucional* – já citada no início desta seção - foi apontada pela equipe do CAPS Rubens Corrêa, pesquisada por Almeida (2002), como espaço privilegiado para uma prática avaliativa. Na pesquisa de Onocko-Campos, Furtado, Passos e Benevides (2008) a supervisão clínico-institucional foi colocada como objeto a ser avaliado, já que os autores destacam uma importante fragilidade para este dispositivo:

“As supervisões clínicas e institucionais dos CAPS carecem de instâncias de acompanhamento e avaliação, não sendo analisadas pelos serviços ou pela secretaria de saúde, constituindo o fim da linha de análise, o que as coloca em um lugar “intocável” (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, PASSOS & BENEVIDES, 2008, p. 404).

A primeira pergunta do eixo *acompanhamento* dos processos de trabalho, no questionário, se dedicou a avaliar este espaço: o espaço da supervisão. Com um contexto distinto do que se encontrou em Campinas - onde a avaliação se debruçou sobre os seis CAPSIII da cidade, todos portando supervisão clínico-institucional –, as dez regiões do Estado do Rio de Janeiro se

constituem de modo bastante singular, com significativas diferenças em relação aos recursos disponíveis. Sendo assim, optou-se por questionar sobre a presença e a regularidade desse dispositivo, que no Estado do Rio de Janeiro não se encontra consolidado como em Campinas.

Trata-se de um espaço fundamental, e, portanto, a análise dessa variável qualitativa nos fornecerá a informação de quantos CAPS contam com esse dispositivo para qualificar as suas práticas, e com que regularidade. Na pesquisa de Nascimento e Galvanese (2009) apenas sete CAPS de São Paulo, entre os vinte e um avaliados, contavam com supervisão clínico-institucional.

A segunda subdimensão aborda, neste segundo eixo da avaliação (o acompanhamento), os *projetos terapêuticos e espaços coletivos*. São importantes para objeto de análise, as variáveis quantitativas que perguntam sobre a intensidade do cuidado. Também será objeto de análise a questão sobre o espaço de convivência, muitas vezes um importante recurso terapêutico para uma clientela mais institucionalizada como a de longa permanência. As questões sobre a participação dos usuários e familiares e do programa de geração de renda também interessam.

Nesta parte do instrumento consta uma pergunta sobre o número de altas que o serviço realizou nos últimos doze meses. Esta pergunta teve a sua origem na importante discussão realizada por Nascimento e Galvanese (2009) sobre os CAPS que dão altas e os CAPS que “nunca” dão altas. Também se destaca a pergunta sobre os que deixaram de freqüentar o serviço e quais as estratégias das equipes para essa clientela. Questões sobre o abandono do tratamento, a utilização dos recursos da comunidade e o técnico de referência estão presentes na pesquisa de Cavalcanti, Dahl e Carvalho (2009). Os dois primeiros pontos também foram enfatizados como objeto de avaliação pela banca de qualificação.

A terceira subdimensão do acompanhamento trata da inserção dos CAPS em seus respectivos territórios. Destaca-se a questão sobre a satisfação das equipes em relação à receptividade das outras unidades de saúde, quando o trabalho em parceria faz-se necessário. Além desta questão, a que pergunta sobre a busca dos recursos na comunidade interessa muito, por analisar a relação dos serviços com os seus territórios.

A quarta subdimensão é o “acolhimento à crise”. Serão objeto de análise as seguintes questões: quantas internações nos últimos doze meses, se as equipes possuem critérios para orientar as internações psiquiátricas, onde os usuários são internados, qual o acompanhamento da equipe nas internações e a quantidade de atendimentos à crise sem o uso de leito de internação.

3. RESULTADOS

3.1 Introdução

Foram enviados questionários para os quarenta CAPS II do Estado do Rio de Janeiro, endereçados aos seus diretores/coordenadores. Trinta serviços responderam, o que corresponde a um retorno de 75% dos questionários. Dos CAPS que responderam os questionários, doze são da Capital e dezoito das demais regiões, isto equivale a afirmar que 64% dos CAPS II das várias regiões do Estado e 100% dos CAPS II da Capital informaram os dados solicitados referentes aos seus serviços. Os CAPS serão identificados conforme a sua posição, de 1 a 30, no banco de dados.

Foram incluídos, portanto, todos os serviços que responderam o questionário, independente do seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde. Três CAPS, sendo dois da Capital e um de outra região do Estado, responderam que não estão faturando por APAC, e, conseqüentemente, não estão credenciados. Este não foi um critério para a exclusão da amostra.

O Estado do Rio de Janeiro é dividido em dez regiões de saúde: Rio de Janeiro, Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul Fluminense, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana. Os CAPS cujos questionários foram respondidos estão assim divididos:

- Cinco da Metropolitana I: um CAPS em Belford Roxo, um em Mesquita, um em Itaguaí, um em Magé e um em Duque de Caxias.
- Três da Norte Fluminense: dois em Campos dos Goytacazes e um em Macaé.
- Três da Metropolitana II: dois em Niterói e um em São Gonçalo.
- Um da Serrana: de Nova Friburgo.
- Um da Baixada Litorânea: de Cabo Frio.
- Quatro do Médio Paraíba: um de Barra Mansa, dois de Volta Redonda e um de Resende.

- Um do Centro-Sul: de Paracambi.
- Doze da Capital: de Irajá, Campo Grande, Inhoaíba, Bangu, Santa Cruz, Ilha do Governador, Olaria, Guadalupe, Encantado, Caxambi, Tijuca e Taquara.

A comparação entre os CAPS da Capital e os CAPS dos demais Municípios evidenciou-se crucial na análise descritiva dos dados. A Tabela 1 apresenta os dados da cobertura dos CAPS; o tempo de funcionamento desses serviços em anos; o quantitativo de recursos humanos e, por fim; os recursos humanos por cem mil habitantes. Os dados são apresentados nos dois universos já citados: os CAPS da Capital e os CAPS dos demais Municípios.

3.2 Cobertura, Tempo de funcionamento, Recursos humanos e Clientela

Destaca-se, inicialmente, que a média da população coberta pelos CAPS da Capital apresenta um valor maior que o dobro da média da população coberta pelos demais CAPS. Isto indica uma demanda bastante superior nos CAPS da Capital ou um perfil de oferta abaixo do esperado na cidade do Rio de Janeiro. Quanto ao tempo de funcionamento, os CAPS dos outros Municípios são mais antigos em média do que os da Capital. E quanto ao número total de profissionais das equipes, ele se assemelha para os dois universos: a média dos recursos humanos para os serviços da Capital é de vinte profissionais e para os CAPS das demais regiões é de dezenove profissionais.

TABELA 1 – RESUMO. CAPS II SEGUNDO A INSERÇÃO TERRITORIAL NO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS – MÉDIA EM 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
População¹⁰	6.323.037	4.992.345	11.315.382
Quantidade de Caps	12	18	30
População coberta	567.500	244.437	347.817
Tempo de funcionamento (em anos)	6,75	9,25	8,18
Total da equipe de	20	19	19

¹⁰ Dados apresentados segundo o Censo Populacional 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

recursos humanos (RH)			
RH por 100 mil habitantes	3,8	14	11
(N=24)			

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

Em relação aos recursos humanos por cem mil habitantes, os dados mostram o déficit de pessoal dos CAPS da Capital em relação aos demais, pois enquanto que para os serviços da Capital existem 3,8 profissionais e técnicos por 100 mil habitantes de referência, nos CAPS das demais regiões do Estado existem 14 profissionais por 100 mil habitantes, ou seja, 10,2 mais profissionais neste grupo. A Figura 1 mostra o quanto essa diferença é expressiva.

FIGURA 1 - RECURSOS HUMANOS POR 100 MIL HABITANTES NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - DEZEMBRO 2010.



A Tabela 2 informa as médias para os pacientes matriculados, a proporção dos novos matriculados, a quantidade em pronto-atendimento e a proporção dos que estão em pronto-atendimento em relação aos matriculados. A média da clientela que está em pronto-atendimento

na Capital – 134 pacientes - é expressivamente maior do que a média dos outros Municípios - 40 pacientes. Na Capital a proporção dos que estão em pronto-atendimento em relação aos matriculados é de 41%; para os demais municípios é de 14%.

Enquanto a Tabela 1 revela uma população coberta significativamente superior para os CAPS da Capital e o déficit de pessoal, a Tabela 2 mostra que a quantidade em média dos pacientes que se encontram em pronto-atendimento nos serviços da cidade do Rio de Janeiro é bastante elevada no universo de CAPS II. Isto indica uma pressão da clientela nesses serviços, gerando – pode-se inferir – muitos pacientes em pronto- atendimento. Estes pacientes, embora acolhidos pelos serviços, não foram inseridos nos serviços, gerando um grupo de pacientes que aguardam uma inserção mais efetiva, seja para o próprio CAPS, seja para um encaminhamento a outro serviço da rede de saúde mental. Isto indica precariedade desta rede como um todo, já que em ambos os casos os pacientes permanecem sem prontuário aberto e não inseridos, de fato, para tratamento numa unidade de saúde.

TABELA 2 – RESUMO. CAPS II SEGUNDO A INSERÇÃO TERRITORIAL NO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS – MÉDIA EM 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média de matriculados	322	366	348
Média de novos matriculados	17	10	13
Média em lista de espera	134	40	81
Média % de pacientes em lista de espera por matriculado	41	14	26

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

A análise qualitativa de Schmidt (2007) em sua pesquisa avaliativa trouxe a discussão de quatro casos acompanhados pela equipe do CAPS Profeta Gentileza (zona oeste da capital). Em dois dos casos, a pesquisadora conclui que não houve tomada de responsabilidade pela equipe, como foi destacado anteriormente. Um desses casos foi considerado de especial interesse para a pesquisa.

A discussão deste último caso se inicia a partir de uma carta da Ouvidoria da saúde escrita por vizinhos do usuário, direcionada ao CAPS pela Coordenação da Área Programática 5.2. Inicia-se a discussão como se fosse um paciente novo para o serviço, mas alguns técnicos o identificam: – tratava-se de um paciente grave, com várias internações psiquiátricas, já acompanhado pelo “Profeta Gentileza”. A partir do acompanhamento da supervisão clínico-institucional nesta discussão, concluiu-se que faltava mais trabalho da equipe, já que não havia sido construído vínculo com o paciente. No final da discussão, a partir de uma pergunta da pesquisadora, constatou-se que o usuário não havia sido *matriculado* no CAPS. A equipe reflete, sob supervisão, os efeitos desse fato: o caso encontrava-se no grupo dos pronto-atendimentos, embora fosse consenso que se tratava de um caso para inserção no CAPS. A equipe conclui que o ato da matrícula faz diferença na tomada de responsabilidade da equipe em relação à condução do caso.

Infere-se dessa avaliação que os casos em pronto-atendimento recebem um cuidado menos intensivo do que aqueles já inseridos em algum serviço de saúde. E se a média para os pronto-atendimentos dos CAPS da Capital é expressiva, conclui-se que muitos casos recebem um atendimento menos intensivo por ocuparem esse lugar de certo modo à margem de um cuidado mais integral e intensivo. Abre-se uma questão para o gestor municipal em relação aos serviços de saúde mental: será necessário um número maior de CAPS, ou será que a rede de saúde é que precisa ser mais bem equipada, com ambulatórios de mais qualidade, por exemplo?

A Tabela 3 agrupa os diversos padrões de resposta do CAPS à demanda por matrícula e à pressão do pronto-atendimento para os vinte e sete (27) CAPS que informaram essas variáveis. O que se verifica é um padrão bastante homogêneo de resposta à demanda; vinte e dois (22) CAPS estão num mesmo grupo, onde a proporção de novos matriculados é de 11,5 e o percentual dos que estão em pronto-atendimento é de 12,3. Nos grupos de CAPS 2 e 3, cada um com dois CAPS, o que se destaca é o aumento considerável do percentual da clientela em pronto-atendimento, especialmente no grupo 3, cujo valor é de 140, 5%. O dado revela nesses dois casos – que são dois CAPS da Capital - uma situação bastante crítica para a acessibilidade aos CAPS e à rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro. Os quatro serviços (sendo três da Capital e um das demais regiões do Estado) com altos percentuais para a clientela em pronto-

atendimento expressam uma retenção na porta de entrada, ou seja, uma dificuldade de acesso à inserção no tratamento. Por fim, o último grupo expressa um dado bem mais alto para a proporção dos novos matriculados. O grupo 4 contempla um único CAPS, com apenas um ano de funcionamento. O dado de 63% para os novos neste grupo 4 é bastante alto quando comparado com os três grupos anteriores. Verifica-se que um CAPS novo pode apresentar um espaço bastante confortável para a inserção dos usuários.

TABELA 3. ANÁLISE DE CONJUNTO DOS CAPS II DO ESTADO DO RJ SEGUNDO A MÉDIA DA PROPORÇÃO DE NOVOS MATRICULADOS E DE PRONTO ATENDIMENTO EM DEZEMBRO DE 2010.

GRUPOS	PROPORÇÃO MÉDIA DE NOVOS MATRICULADOS	PROPORÇÃO MÉDIA DE PRONTO ATENDIMENTOS
Grupo 1 (22 CAPS)	11,5	12,3
Grupo 2 (2 CAPS)	14,0	67,4
Grupo 3 (2 CAPS)	10,5	140,5
Grupo 4 (1 CAPS)	63,0	25,0
Total	13,5	26,4

FONTE: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

3.3 Acesso

3.3.1 Acesso Geográfico

Seguindo na análise dos dados colhidos, toma-se o eixo do *acesso* no questionário. Para iniciar este bloco, apresentam-se, com a Tabela 4, as médias para a primeira subdimensão - *acesso geográfico*. Esta subdimensão foi dividida no instrumento avaliativo em três questões, cujas respostas se distribuíram numa escala de zero a dez: 1- quanto à facilidade de acesso geográfico ao serviço; 2- quanto à proximidade com outros equipamentos de saúde e 3- quanto a interferência do crime organizado na mobilidade dos profissionais.

Verifica-se que as médias para as duas primeiras questões não diferem de modo significativo, quando analisadas dividindo a população de CAPS entre a Capital e as demais cidades. Porém,

ainda que com pequena diferença, os diretores dos CAPS dos demais Municípios avaliaram com melhores notas tanto a localização do CAPS, quanto a sua proximidade com outros serviços da rede de saúde. A facilidade de acesso da população da área de abrangência teve nota 8,0 e a proximidade a outros equipamentos de saúde nota 8,3 nos Municípios das regiões. Essas notas foram 7,4 e 7,1, respectivamente, para os CAPS da Capital.

A análise para a interferência do crime organizado aponta algo distinto, já que nesse quesito a diferença é significativa, com a média 5,1 para os da Capital e 1,3 para os demais Municípios do Estado. Estes dados demonstram que os diretores da Capital avaliam que a interferência do crime organizado para a mobilidade dos profissionais é cinco vezes mais intensa quando comparada com a média encontrada para os CAPS de fora da capital.

TABELA 4. AVALIAÇÃO DOS DIRIGENTES DOS CAPS II - ACESSO GEOGRÁFICO NO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS – MÉDIA EM 2010 (0 - MÍNIMO; 10 - MÁXIMO)

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Adequação da localização geográfica	7,4	8,0	7,8
Adequação da proximidade com outros equipamentos de saúde	7,1	8,3	7,9
Escala de interferência do crime organizado	5,1	1,3	3,0

FONTE: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

3.3.2 Acesso à Capacidade Instalada

A Tabela 5 mostra os resultados colhidos para as questões do questionário que abordam a capacidade instalada dos serviços. Para avaliar essa categoria, o instrumento avaliativo questionou se os espaços dos CAPS são suficientes para as diferentes atividades terapêuticas

desenvolvidas e se as arquiteturas dos CAPS favorecem os processos de trabalho das equipes. As médias para as duas questões no grupo da Capital foi bastante semelhante às médias encontradas para as demais regiões, variando de 5,2 a 6,0 como demonstrado na Tabela 5. O que se conclui, então, é que a totalidade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro apresenta em média uma avaliação regular para a sua capacidade instalada no que tange a suficiência dos espaços e a potencialidade da sua arquitetura.

TABELA 5. CAPS II SEGUNDO A CAPACIDADE INSTALADA NO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS – MÉDIA EM 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Suficiência dos espaços	6,0	5,8	5,9
Potencialidade da arquitetura	5,9	5,2	5,5

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

3.3.3 Acesso ao Tratamento

A terceira subdimensão do acesso no questionário é o acesso ao tratamento, que se inicia com questões ligadas à porta de entrada das unidades. São três questões referentes à recepção: a primeira questiona os gestores se existe ou não o dispositivo de recepção funcionando todos os dias; a segunda questiona se os serviços estão recebendo novos casos e a terceira pergunta como se realiza a recepção, apresentando quatro formas como possíveis respostas. O que primeiro se destaca é o fato da totalidade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro responder que se encontram de portas abertas aos casos novos. Porém, mesmo que todos os serviços se mantenham de portas abertas, existe uma clientela represada (especialmente em quatro CAPS) que se encontra em pronto-atendimento, o que foi trabalhado na Tabela 3.

Seguindo na análise da recepção dos CAPS, vinte e quatro CAPS afirmaram ter recepção acontecendo todos os dias, e seis CAPS afirmaram que não. Obteve-se, portanto, nesta amostra de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro, que 80% das unidades realizam recepção todos os dias e 20% não.

Quanto à terceira pergunta, segue a Tabela 6 de distribuição de frequências, discriminando os diferentes modos de realizar a recepção. A partir dos dados colhidos, pode-se afirmar que todos os CAPS realizam recepção e se equilibram entre as três formas apresentadas no questionário: grupo de recepção; dois técnicos de categorias diferentes realizam a recepção; e um técnico realiza a recepção. O total de CAPS para esta tabela está acima do número de serviços que responderam à pesquisa, pois um CAPS respondeu que realiza a recepção nas três formas descritas e três CAPS responderam que realizam de duas formas distintas; sendo que dois CAPS responderam que realizam o grupo de recepção e a recepção com dois técnicos de categorias diferentes, e um CAPS respondeu que realiza a recepção em grupo e com um técnico.

Verifica-se que não existiu diferença significativa entre as três formas de realizar a recepção, já que doze CAPS fazem o grupo de recepção, doze CAPS a realizam com dois profissionais de distintas categorias e onze CAPS a realizam com apenas um técnico. Porém, afirma-se diante desses dados que a maioria expressiva dos CAPS realiza a recepção de modo interdisciplinar, pois as duas primeiras formas da tabela somadas totalizam vinte e quatro CAPS frente a onze CAPS que não realizam a recepção deste modo. Isto aponta uma adesão expressiva para um modelo de abordagem bio-psicossocial, rompendo com a hegemonia do modelo médico que vigorou por muito tempo. Esse resultado colhido quanto ao *dispositivo da recepção* possibilita afirmar que a qualidade da maioria das recepções dos CAPS II do Rio de Janeiro reflete uma prática comprometida com o novo modelo de assistência à saúde mental.

TABELA 6. MODALIDADES DE RECEPÇÃO NOS CAPS II DO RIO DE JANEIRO EM DEZEMBRO DE 2010.

RECEPÇÃO	CAPS	%
Grupo de recepção	12	34,3
Dois técnicos de categorias diferentes	12	34,3
Um técnico	11	31,4
Não realiza	0	0
Total	35	100

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

Bastante relevante é a análise da inserção da clientela de longa permanência (LP) e do trabalho de desinstitucionalização nos CAPS avaliados. A quase totalidade dos CAPS respondeu que “sim”, possuem estratégias para esses usuários. Somente três CAPS responderam que não possuem estratégias para o citado fim, conforme mostra a Tabela 7.

TABELA 7. EXISTÊNCIA DE ESTRATÉGIA PARA INSERÇÃO DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA (LP) NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RJ – DEZEMBRO 2010.

		MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	OUTROS MUNICÍPIO S	TOTAL
Estratégias de inserção de pacientes de LP	Não tem	1	2	3
	Tem	11	16	27
Total		12	18	30

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

Quanto aos usuários de longa permanência que tiveram alta hospitalar e foram inseridos nos CAPS nos últimos doze meses, segue a Tabela 8. Observa-se que as diferenças não foram significativas entre os grupos. Porém, os dados do grupo dos outros Municípios estão um pouco maiores que os dados do grupo dos CAPS da Capital, indicando o melhor desempenho no primeiro grupo para a inserção da clientela de longa permanência no tratamento de base territorial. Enquanto os CAPS da Capital inseriram em média 4,1 usuários nos últimos doze meses, os CAPS dos outros Municípios inseriram 4,9. Dois CAPS da Capital e um dos outros Municípios não informaram seus dados. O máximo de pacientes inseridos no grupo dos outros Municípios foi de 15 usuários em duas unidades: CAPS 26 e 29. O máximo de inserção na Capital foi de 12 usuários, de um CAPS da zona oeste, o CAPS 14.

Os CAPS que inseriram o maior número de usuários (15) vêm acompanhando o processo da reforma psiquiátrica em curso em seus territórios de referência, com a progressiva extinção dos macros hospitais psiquiátricos. A Casa de Saúde de Volta Redonda foi fechada no início de 2010 e a Casa de Saúde Dr Eiras, em Paracambi, sofre uma intervenção, com objetivo de fechamento, há mais de dez anos, o que acarretou um número expressivo de usuários sendo inseridos nos CAPS dos respectivos territórios.

TABELA 8. LONGA PERMANÊNCIA INSERIDA NOS ÚLTIMOS DOZE MESES NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DOS OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – DEZEMBRO 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	OUTROS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	4,1	4,9	4,6
Desvio padrão	3,8	4,5	4,2
Mediana	3	3	3
Mínimo	0	1	0
Máximo	12	15	15
N	10	17	27

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

A Tabela 9 apresenta os usuários de longa permanência (LP), ainda internados, que são acompanhados pelos CAPS do Município do Rio de Janeiro e demais Municípios do Estado, em trabalho de desinstitucionalização. Ela mostra a existência de treze pacientes de LP acompanhados na Capital e, nos outros Municípios, quatorze em média por CAPS II. Observa-se, portanto, um importante trabalho de desinstitucionalização, mesmo que a maioria da clientela dos CAPS II não tenha esse perfil. Analisando o mínimo e o máximo, encontramos números próximos, já que para a Capital o mínimo foi de 1 usuário acompanhado e o máximo de 74; e para os outros Municípios o mínimo foi de 0 e o máximo de 80. Assim como para a inserção dos pacientes de longa permanência no tratamento extra-hospitalar; no acompanhamento à clientela mais gravemente institucionalizada, os CAPS dos outros Municípios do Estado apresentaram resultados um pouco mais positivos que os CAPS da Capital.

TABELA 9. LONGA PERMANÊNCIA ACOMPANHADA EM TRABALHO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DOS OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – DEZEMBRO 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	OUTROS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	13	14	13,9
Desvio padrão	21,3	21,7	21,1
Mediana	6	8	7
Mínimo	1	0	0
Máximo	74	80	80
N	11	17	28

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010

A Tabela 10 descreve, adicionalmente, a proporção dos pacientes de longa permanência, ainda internados, mas que são acompanhados pelos CAPS II em trabalho de desinstitucionalização em relação aos matriculados. As médias para os dois grupos são iguais, demonstrando que os CAPS II da Capital e das demais regiões do Estado apresentam a taxa média de 4% de LP acompanhados em relação aos matriculados. Essa proporção é baixa, mas o trabalho de desinstitucionalização demandaria recursos extraordinários das equipes: tempo, deslocamento, inclusão de cuidadores ou auxiliares de enfermagem, acompanhamento das famílias e discussões constantes com as equipes dos hospitais psiquiátricos. A carteira de serviços do CAPS II não contempla tamanha complexidade.

TABELA 10. PROPORÇÃO DOS PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA ACOMPANHADOS EM TRABALHO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM RELAÇÃO AOS MATRICULADOS NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E NOS OUTROS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RJ – DEZEMBRO 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	OUTROS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	4,2	4,2	4,2
Desvio padrão	7,2	5,0	5,8
Mediana	1,2	2,8	2,1
Mínimo	0,4	0,0	0,0
Máximo	24,7	16,7	24,7
N	11	17	28

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

3.3.3.1. Medicamentos

Segue-se com a análise dos dados colhidos, explorando um pouco o setor de medicamentos dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro. A Tabela 11 apresenta a lista de medicamentos que foi apresentada pelo questionário. Nela constam os medicamentos essenciais, regulamentados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1077/1999, e os últimos cinco medicamentos da tabela, que são amplamente utilizados pela clínica privada. Os medicamentos são classificados como de primeira geração (mais antigos no mercado) e de segunda geração (de inclusão recente aos

protocolos da assistência aos transtornos mentais). Apresenta-se a proporção de CAPS que fornecem cada uma delas e se os medicamentos são de primeira ou segunda geração. Vale informar que apenas um CAPS desta amostra, da Capital, não respondeu a esta questão.

TABELA 11. MEDICAÇÕES FORNECIDAS PELOS CAPS II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM DEZEMBRO DE 2010.

MEDICAÇÕES	NOME FANTASIA	% CAPS QUE FORNECEM	TIPO DE MEDICAMENTO
CARBAMAZEPINA	TEGRETOL	90	
CLORPROMAZINA	AMPLICTIL	90	Primeira geração
FENORBABITAL COMPRIMIDO	GARDENAL	90	
HALOPERIDOL INJETÁVEL	HALDOL	90	Primeira geração
BIPERIDENO	AKINETON	87	
CARBONATO DE LÍTIO	CARBOLATIUM	87	
CLONAZEPAN	RIVOTRIL	87	
CLORIDATO DE PROMETAZINA	FENERGAN	83	
DIAZEPAN	VALLIUM	83	
AMITRIPTILINA	TRYPTANOL	80	Primeira geração
FLUOXETINA	PROZAC; DEPRAX	77	Segunda geração
FENITOÍNA	HIDANTAL	73	
ÁCIDO VALPROICO	DEPAKENE; VALPAKINE	70	
RISPERIDONA	RISPERDAL; RISPERIDON	62	Segunda geração
CLORIDATO DE TIORIDAZINA	MELLERIL	60	Primeira geração
CLOMIPRAMINA	ANAFRANIL	57	Primeira geração
FENORBABITAL GOTAS	GARDENAL	33	
NORTRIPTILINA	PAMELOR	17	Primeira geração
OLANZAPINA	ZYPREXA	14	Segunda geração
CLOZAPINA	LEPONEX	10	Segunda geração
ZIPRASIDONA	GEODOM	7	Segunda geração
MIRTAZAPINA	REMERRON	3	Segunda geração
QUETIAPINA	SEROQUEL	3	Segunda geração

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

A Tabela 11 nos mostra que a maioria dos medicamentos de segunda geração não é provida pelos CAPS, com exceção para risperidona e fluoxetina. Olanzapina, clozapina, quetiapina, mirtazapina e ziprasidona são medicamentos utilizados amplamente no campo privado, mas que seriam raramente fornecidos pela rede pública de saúde. Porém, quando os diretores foram questionados sobre as medicações que o CAPS não fornece e se haveria outra forma de provisão dos medicamentos, 93% dos diretores responderam que sim. Apontaram a lista de medicamentos excepcionais (LME) fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde. Mesmo existindo esta forma de provisão deve-se considerar a presença de barreiras à acessibilidade desses medicamentos de segunda geração. As barreiras são, nesse caso, de natureza geográfica, econômica, e institucional em função da intervenção de outra instância de governo. O acesso condicionado a outras áreas geográfica e institucional confrontaria diretamente o pressuposto da inserção e responsabilidade territorial do modelo CAPS.

3.4 Acompanhamento

3.4.1 Supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar

O terceiro bloco a ser analisado trata dos processos de trabalho do CAPS: - o eixo do acompanhamento. A primeira subdimensão trata da supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar. Quanto à supervisão clínico-institucional, dispositivo crítico e fundamental para os CAPS, segue a Tabela 12 de distribuição de frequências. Somando-se os CAPS que não tem supervisão com aqueles que possuem supervisão de modo irregular, obtém-se o percentual de 50%, ou seja, a metade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro não possui ou possui de forma irregular supervisão clínico-institucional. Quando analisamos os dados, separando esta amostra entre os CAPS da Capital e dos demais Municípios do Estado, fica bastante evidente que este dispositivo encontra-se mais fortemente implantado nos CAPS da Capital em relação aos demais, como demonstra a Tabela 13.

TABELA 12. SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NOS CAPS II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM DEZEMBRO DE 2010.

Supervisão clínico-institucional	FREQUÊNCIA	%
Não tem supervisão	11	37
Bastante irregular	4	13
Quinzenal	1	3
Semanal	14	47
Total	30	100

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

TABELA 13. CAPS II SEGUNDO A SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL NO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS EM DEZEMBRO DE 2010.

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Não tem supervisão	1	10	11
Bastante Irregular	0	4	4
Quinzenal	0	1	1
Semanal	11	3	14

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

Quanto à equipe interdisciplinar, foi questionada a participação das equipes; a regularidade de discussão de casos clínicos e de seminários de planejamento interno e como os serviços estão organizados para a tomada de responsabilidade quanto ao tratamento dos usuários.

Em relação à participação das equipes dos CAPS II do Rio de Janeiro, os seus diretores avaliam que ela é alta ou muito alta. Isto, pois 60% das respostas foram para participação “alta” e 17% foram para participação “muito alta”, obtendo-se 77% para os dois grupos. Vale acrescentar que 20% das unidades avaliaram como “média” a participação das suas equipes e apenas um CAPS, que corresponde a 3% considerou a participação da sua equipe “baixa”. Nenhum CAPS respondeu na categoria “muito baixa” a participação das equipes.

Quanto à regularidade de discussão de casos clínicos, vinte e dois CAPS entre os trinta que responderam, afirmaram que discutem os casos clínicos semanalmente, o que equivale a 73% do total. Além disso, todos os CAPS afirmaram que as discussões são interdisciplinares, e, portanto, profissionais de diferentes categorias contribuem.

Quanto ao planejamento dos processos de trabalho a partir de seminário interno, doze CAPS afirmaram que realizam pelo menos um por ano; doze CAPS responderam que realizam mais do que um seminário interno por ano; e seis CAPS afirmaram que não realizam. Percentualmente, então, ficam assim distribuídos: 40% realizam pelo menos um por ano; 40% realizam mais do que um por ano e 20% não realizam.

Quanto à questão sobre os profissionais de referência, destaca-se, inicialmente, que nenhum CAPS respondeu que os usuários têm pelo menos um profissional médico como referência. Isto aponta novamente para a intensidade da mudança de modelo assistencial nesses serviços de novo tipo - o modelo de assistência interdisciplinar no lugar da hegemonia médica. Os CAPS que trabalham com uma mini-equipe de referência são sete, o que representa no conjunto total, 23%. A maior parte dos CAPS – doze - conta com um profissional de outra categoria e um médico como referências dos usuários, o que representa 40% dos CAPS. Apenas um CAPS respondeu que os usuários não têm profissionais de referência. Trata-se de um CAPS da Capital que se encontra em processo de reestruturação, com mudança bastante recente da direção e coordenação técnica.

Neste primeiro bloco do eixo acompanhamento, os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro - apesar da ausência de supervisão clínico-institucional em onze CAPS e da sua presença de modo irregular em quatro – apresentaram resultados que os colocam em posição de “ruptura com a racionalidade médica” (YASUI, 2010). A maioria discute casos clínicos semanalmente (73%) e realiza um ou mais seminários de planejamento interno por ano (80%). Além disso, todos realizam discussões interdisciplinares. A participação das equipes é avaliada como “alta” ou “muito alta” por 77% dos diretores. Sendo assim, os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro se diferem positivamente da realidade descrita por Yasui (2010) dos CAPS de municípios do interior do Estado de São Paulo. Nas palavras do autor:

“Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra medicamentosa. As discussões de caso em equipe, quando existem, geralmente ocorrem sem a presença daquele profissional e tendem a reduzir o sofrimento psíquico ao quadro patológico” (Yasui, 2010, p. 121).

3.4.2. Projetos terapêuticos e espaços coletivos

A questão sobre quantos usuários tiveram os seus projetos terapêuticos (PT) discutidos nos últimos doze meses só foi respondida por vinte CAPS dos trinta que devolveram os questionários. Isto aponta para a dificuldade com a organização e a análise dos dados. Sendo que, entre os que responderam, 14 CAPS são das outras regiões do Estado e 6 CAPS são da Capital, o que demonstra que os da Capital apresentaram maior dificuldade para a informação desses dados. Esta dificuldade pode ser articulada com a cobertura populacional significativamente superior e o déficit de pessoal desse grupo de CAPS, que mais sobrecarregados não organizariam os processos de trabalho, especialmente no que se refere à gestão da informação.

Em relação ao espaço da convivência nos CAPS, se está funcionando como um “meio terapêutico” e com “finalidade terapêutica”; oito CAPS responderam que “em alguns turnos sim” e vinte e dois CAPS responderam que “sim”. Nenhum CAPS respondeu que “não”. Esses resultados apontam que o espaço da convivência é investido por todos os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro que responderam os questionários.

Quanto à participação das famílias e dos usuários no projeto institucional do CAPS, 50% responderam que ela é média; 43% responderam que ela é baixa ou muito baixa; e apenas 7% responderam que ela é alta. A partir desses dados é possível concluir que os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro precisam investir no sentido de incrementar a participação dos usuários e familiares nos projetos institucionais dos seus serviços.

Em relação ao programa de geração de renda, a maioria dos CAPS II do Estado, 70%, realizam atividades com esse fim.

A questão sobre os usuários que se ausentaram do tratamento pretende avaliar o abandono do CAPS. Segue a Tabela 14 apresentando os dados para os abandonos nos últimos doze meses, indicando que não há diferença significativa entre os CAPS da Capital e os CAPS dos demais Municípios. A média proporcional dos abandonos no Município Capital foi de 8,9 em 2010, enquanto que, nos demais, foi de 8,2. O mínimo e o máximo são números bem próximos como demonstra a referida Tabela. A média é relativamente baixa em comparação ao observado nos estudos qualitativos comentados. Os CAPS II no Estado do Rio de Janeiro revelariam, portanto, importante capacidade de acolhimento dos pacientes.

TABELA 14. PROPORÇÃO DE ABANDONOS/MATRICULADOS NOS ÚLTIMOS DOZE MESES NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RJ E DEMAIS MUNICÍPIOS - DEZEMBRO DE 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	8,9	8,2	8,5
Desvio padrão	6,9	5,9	6,1
Mediana	7,4	5,4	6,7
Mínimo	1,9	2,3	1,9
Máximo	23,7	22,6	23,7
N	9	15	24

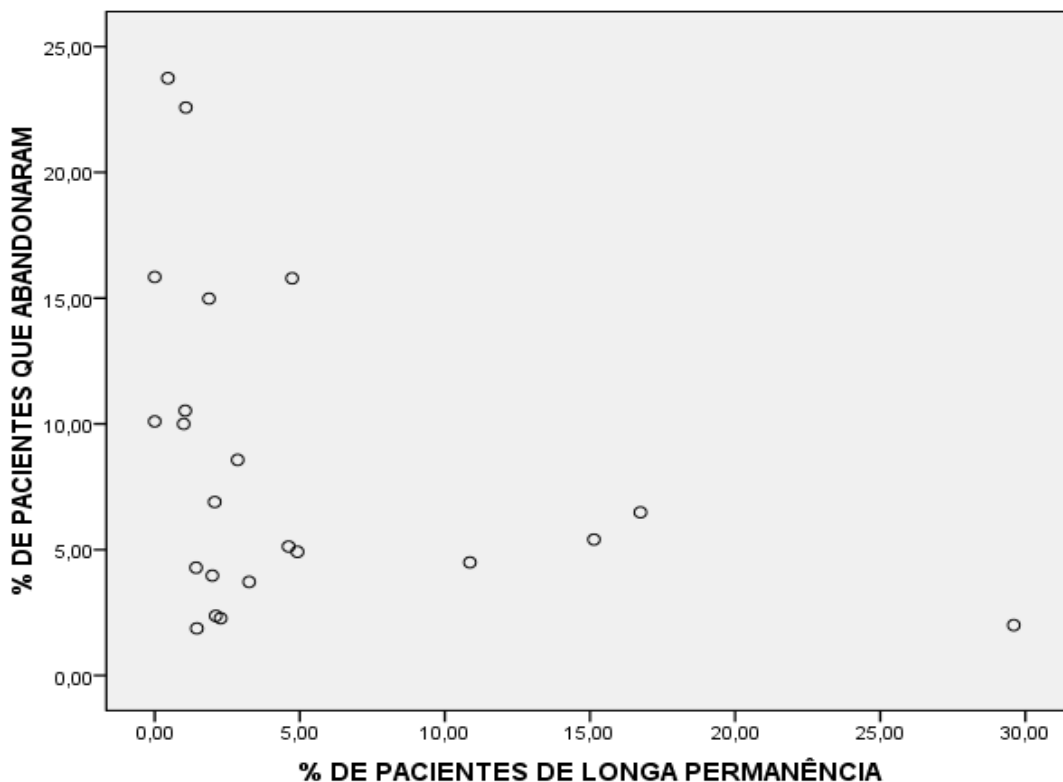
Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

Quanto às estratégias de busca ativa aos usuários que abandonaram os serviços, vinte e seis CAPS, ou seja, 87% responderam que possuem estratégias. As estratégias citadas foram bastante homogêneas, na grande maioria foram realizadas por chamadas telefônicas e visitas domiciliares. Os CAPS que contam com equipes de saúde da família em seus territórios citaram também essa parceria de trabalho como recurso para a busca ativa.

A Figura 2 apresenta a proporção dos pacientes que abandonaram e a proporção dos pacientes que são de longa permanência, ainda internados, mas em acompanhamento nos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro. A maior concentração de pacientes se apresenta entre os números 2 e 6 nos dois eixos, indicando uma associação entre a proporção de baixo abandono com a baixa proporção de usuários de longa permanência em acompanhamento. Porém, os dados dos pacientes que abandonaram o tratamento estão mais dispersos, demonstrando assim a existência de taxas de abandonos mais altas para muitos CAPS. Já os dados da clientela acompanhada de

longa permanência são mais concentrados, evidenciando que poucos são os CAPS que desenvolvem um trabalho expressivo de desinstitucionalização pelo acompanhando de um número expressivo de pacientes de longa permanência.

FIGURA 2. PROPORÇÃO DOS PACIENTES QUE ABANDONARAM E PROPORÇÃO DOS PACIENTES ACOMPANHADOS DE LONGA PERMANÊNCIA NOS CAPS II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – DEZEMBRO 2010.



Retoma-se a discussão da clientela de longa permanência (LP) a partir da Figura 2. A Tabela 10 mostrou que a taxa dos pacientes de LP em relação aos matriculados é baixa - 4% para os CAPS II do Estado. A Tabela 9 mostrou que as médias de pacientes acompanhados são, respectivamente, para a Capital 13 pacientes, e para os outros Municípios 14. A Figura 2 mostra que poucos CAPS acompanham muitos pacientes, mas que muitas unidades acompanham poucos pacientes com esse perfil. Inclui-se nesta análise o dado da totalidade dos pacientes de longa permanência na Capital, que é de 1089 pacientes (CSM/SMSDC/RJ, 2010). Com essa informação, obtém-se a taxa de acompanhamento à clientela de longa permanência pelos CAPS da Capital: 13% do total estão sendo submetidos ao trabalho de desinstitucionalização e 87% não

estão. Diante dessa nova informação uma conclusão se impõe: o conjunto de CAPS da Capital está acompanhando um número ainda baixo de pacientes de longa permanência. E são muitos os pacientes internados na Capital que não se beneficiam do acompanhamento das equipes dos CAPS II em trabalho de desinstitucionalização.

A Tabela 15 demonstra os dados para as altas realizadas pelos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro nos últimos doze meses. A média proporcional das altas na Capital foi de 4,2 em 2010, enquanto que, nos demais, foi de 3,5, indicando médias proporcionais de alta próximas para ambos os grupos. O máximo de altas se difere entre os grupos como mostra a Tabela 15, indicando que o grupo de CAPS dos demais Municípios realizou mais altas que o grupo da Capital.

O CAPS 7 possui a maior população de referência. A população coberta informada pelo gestor da unidade foi de um milhão e duzentos mil habitantes e a população calculada está em 727.989. O número de matriculados desse CAPS é bastante expressivo: 478. Por que um CAPS com uma cobertura tão grande e muitos usuários freqüentando não efetua altas? Vale acrescentar, porém, que este CAPS é o que faz o mais expressivo acompanhamento de usuários, ainda internados, de longa permanência. Acompanha 80 usuários com esse perfil.

O CAPS tem por *missão* substituir os hospitais psiquiátricos e, portanto, é o serviço indicado para acolher a clientela de longa permanência: os mais comprometidos e dependentes para as ações da vida diária e que possuem menos suporte social e familiar. Diante disso, pode-se inferir que com esse perfil os CAPS realmente devem dar poucas altas, como acontece com o referido CAPS. Mas para os CAPS que estão acolhendo poucos usuários com esse perfil, as altas poderiam ser dadas com mais regularidade.

No caso do CAPS 7, a diretora nos informou o porquê de *zero alta*, afirmando que a rede ambulatorial está sobrecarregada, não tendo como acolher adequadamente pacientes de média e alta complexidade. Os pacientes mais institucionalizados e mais graves tanto clinicamente quanto em relação ao suporte sócio-familiar são, de fato, prioritários para os CAPS. Já aqueles pacientes que possuem um suporte familiar e social mais efetivo, e não demandam atenção diária podem se beneficiar do tratamento em regime ambulatorial. O CAPS 7, então, pode estar

funcionando como “equipamento-síntese”, onde, segundo Nascimento e Galvanese (2009) “os usuários sempre seriam assistidos independentemente do nível de atenção requerido e não receberiam altas”. Em outras palavras, devido à precariedade apontada pela diretora, da rede ambulatorial, o CAPS também assume uma clientela menos grave, que seria eletiva para o ambulatório, e fica com a sua capacidade resolutiva para os casos mais complexos e para as suas responsabilidades de organização da demanda e de inserção no território mais comprometida.

TABELA 15. TAXA DE ALTA POR MATRICULADO NOS ÚLTIMOS DOZE MESES NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RJ E DEMAIS MUNICÍPIOS – DEZEMBRO DE 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	4,2	3,5	3,7
Desvio padrão	4,6	5,8	5,3
Mediana	3,1	1,6	1,9
Mínimo	0	0	-
Máximo	15	24	-
N	10	17	27

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

3.4.3. Inserção do CAPS no território

Quanto ao matriciamento dos CAPS às equipes da estratégia saúde da família (ESF) dos seus respectivos territórios, obteve-se que 57% dos serviços não realizam esse trabalho e 43% realizam. São, portanto, dezessete CAPS que não estabelecem o matriciamento com as equipes da ESF e treze CAPS que estabelecem. Quanto à acompanhar as equipes da ESF no território, 53% dos CAPS afirmaram que acompanham; 17% afirmaram que acompanham às vezes e 30% dos CAPS afirmaram que não realizam essa atividade.

Quanto ao grau de articulação das equipes com a rede de saúde, dezessete CAPS avaliaram que se trata de uma articulação “boa” ou “muito boa”, o que corresponde à maioria: 57% do total. Dez CAPS, 33% do total, avaliaram como regular a articulação da sua equipe com a rede de saúde e três CAPS, 10%, avaliaram essa articulação como ruim.

Em relação à satisfação das equipes com a receptividade das outras unidades de saúde obteve-se que 60% dos CAPS encontram-se insatisfeitos e 40% estão satisfeitos.

Quanto à questão sobre a busca de recursos e serviços da comunidade para a inclusão nos projetos terapêuticos dos usuários, quatorze CAPS responderam que essa busca acontece, mas de forma esporádica e dezesseis CAPS responderam que realizam essa busca. Isto equivale a afirmar que 47% dos serviços realizam busca de recursos na comunidade para inserção nos projetos terapêuticos dos usuários de forma esporádica e 53% dos serviços afirmaram que realizam essa busca. Dados que indicam que é alto o número de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro que busca recursos da comunidade de modo esporádico. Muitas são as Unidades, portanto, que não estão conseguindo uma inserção mais efetiva em seus respectivos territórios.

3.4.4. Acolhimento à crise

A última subdimensão da avaliação, do eixo acompanhamento, é o “acolhimento à crise”. A primeira pergunta desta parte questiona os diretores de CAPS em relação à quantidade de internações dos seus usuários nos últimos doze meses. Vinte e sete CAPS responderam esta questão e três não responderam. O CAPS 5 foi o que menos internou, informando não ter realizado nenhuma internação nos últimos doze meses, e o CAPS 17 foi o que mais internou, informando ter realizado 56 internações no mesmo período. Ambos são CAPS de fora da Capital. A média de internações para os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro foi de 20,2 internações nos últimos doze meses. Dividindo a amostra entre CAPS da Capital e CAPS das demais regiões do Estado, encontram-se médias aproximadas, com pequeno aumento para o segundo grupo, que está internando quatro usuários a mais, em média, em relação aos CAPS da Capital, conforme apresenta a Tabela 16.

TABELA 16. INTERNAÇÕES NOS ÚLTIMOS DOZE MESES NOS CAPS II DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS – DEZEMBRO DE 2010.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	TOTAL
Média	18	22	20,2
Desvio padrão	10	18	
Mediana	14	11	14
Mínimo	5	0	-
Máximo	38	56	-
N	11	16	27

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

Todos os CAPS responderam que suas equipes possuem critérios para orientar as internações. E dos trinta questionários devolvidos, dezoito responderam, entre outros critérios, o “risco para o próprio paciente e para seus familiares” como critério para a indicação de internação psiquiátrica. Quanto aos lugares que os CAPS internam, segue a Tabela 17 de distribuição de frequências. Cada CAPS pôde assinalar várias opções.

TABELA 17. EQUIPAMENTOS PARA INTERNAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS CAPS II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – DEZEMBRO DE 2010.

ONDE OS USUÁRIOS SE INTERNAM	CAPS	%
Hospital geral	12	19
Hospital psiquiátrico próprio	10	16
Hospital psiquiátrico conveniado	25	40
Caps III	2	3
Pólo de urgência e emergência	14	22
Total	63	100

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

O que se destaca na Tabela 17 é o alto percentual para o uso que os CAPS fazem do hospital psiquiátrico conveniado, destacadamente o equipamento que possui a menor qualidade dentro do grupo. O outro ponto de destaque é a ainda pouca utilização dos CAPS III como dispositivo para retaguarda e suporte dos outros CAPS. O percentual de CAPS que utilizam os hospitais gerais é maior do que os que utilizam os hospitais próprios. Resultado que surpreende, apontando que os hospitais gerais estão sendo muito procurados pelos CAPS para as internações de seus usuários:

doze CAPS afirmaram que internam em hospitais gerais e dez CAPS afirmaram que internam em hospitais psiquiátricos próprios.

Quando se soma o percentual de utilização dos hospitais psiquiátricos, fica evidente que é alto o uso que os CAPS fazem desse equipamento, objeto de política pública que visa à sua redução e desconstrução. Obtém-se 78% de utilização dos leitos dos hospitais psiquiátricos próprios, conveniados e dos pólos de urgência e emergência pelos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro.

Quanto ao suporte proposto pelos CAPS III aos usuários que reagudizam, e podem se beneficiar da intensificação do tratamento, com o acolhimento noturno, verifica-se pouca utilização já que são poucos os CAPS III no Estado. Esses resultados refletem a realidade do Estado do Rio de Janeiro, onde o número de hospitais psiquiátricos ainda é alto e o número de CAPS III é muito baixo, existindo três no total, sendo dois na Capital e um em Nova Iguaçu.

Quanto ao acompanhamento das equipes dos CAPS às internações dos seus usuários, dezesseis CAPS responderam que “em parte das internações sim”; treze CAPS responderam que “sim”, acompanham e apenas um afirmou que não acompanha seus usuários na internação. Este único CAPS justificou a sua ausência nesse acompanhamento em razão dos hospitais psiquiátricos conveniados estarem localizados longe do Município.

Sobre a questão de ter estratégias para o acolhimento à crise no CAPS, apenas um serviço respondeu que não tem. Os outros vinte e nove responderam que possuem estratégias para o acolhimento à crise, o que representa 97% da amostra.

Em relação ao atendimento à crise sem uso de leito de internação, onze CAPS (37%) responderam que atendem sem leito na menor parte das crises e dezenove CAPS (63%) responderam que atendem sem leito na maior parte das crises.

4. DISCUSSÃO

Retomam-se aqui as três questões colocadas na introdução para o desenvolvimento desta discussão:

1. *Existe oferta adequada de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro para a população acometida por transtornos mentais graves?*
2. *Os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro contribuem para a reversão do modelo asilar?*
3. *Os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro são serviços inseridos e inserem a clientela na comunidade?*

A primeira questão – sobre o acesso à clientela - pode ser respondida indicando que a pressão da demanda nos CAPS da Capital produz quantidade expressiva de usuários em pronto-atendimento. Retoma-se além desta, a questão levantada quando os resultados foram apresentados: *será necessário um número maior de CAPS II para acolher essa demanda, ou será que a rede de saúde é que precisa ser mais bem equipada, com ambulatorios de mais qualidade, por exemplo?*

A população total do Estado segundo o censo do IBGE 2010 é de 15.993.583 e são 40 CAPS II no total. Com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde de 1CAPS para 100mil habitantes (hab.), obtém-se a taxa de cobertura de 0,25 CAPS por 100mil hab. Calculando também a taxa de cobertura para os CAPS II que responderam ao questionário encontra-se valor bem aproximado. Nesse cálculo foi utilizada a população total da Tabela 1 referente aos trinta CAPS que responderam os questionários. A taxa de cobertura encontrada foi de 0,26 CAPS por 100mil habitantes.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde definiu escalas de cobertura para 100 mil habitantes, em 2008, para avaliar a oferta dos CAPS nos Municípios, Estados e Regiões. Conforme esta escala, assim se distribui a cobertura: muito boa: >0,70 CAPS/100.000 hab; regular a boa: 0,50 – 0,69/100.000 hab; regular/baixa: 0,35 – 0,49/100.000 hab; baixa: 0,20 a 0,34/100.000 hab e, por fim, insuficiente/crítica: <0,20/100.000 hab (COSTA, SIQUEIRA, UHR, FAGUNDES & MOLINARO, 2011). Sendo assim, a taxa de cobertura dos CAPS II do Rio de Janeiro se enquadra na faixa *baixa*, que vai de 0,20 a 0,34. Diante desta constatação

podemos concluir que com uma taxa de cobertura baixa de CAPS II – 0,25/100 mil hab. – o Estado do Rio de Janeiro é carente desses equipamentos de saúde.

É importante analisar também os dados de cobertura, separando a Capital dos demais Municípios. A partir da estimativa do IBGE para 2011, a população da cidade do Rio de Janeiro é de 6.355.949, e são 12 CAPS II na Capital. Encontramos, portanto, uma taxa de cobertura de 0,19 CAPS II/100mil hab. Para os demais Municípios, considerando os que responderam ao questionário, são dezoito serviços e uma população de 4.992.345 habitantes, gerando uma taxa de cobertura de 0,36 CAPS por 100mil hab. Enquanto a taxa de cobertura dos Municípios das demais regiões do Estado encontra-se na faixa de regular para baixa, a taxa de cobertura dos CAPS II da Capital encontra-se na faixa insuficiente/crítica, sendo ainda menor que 0,20/100mil hab. Segue-se a Tabela 18, para melhor visibilidade das taxas encontradas.

TABELA 18. CAPS II SEGUNDO A COBERTURA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E DEMAIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – 2011.

	MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	DEMAIS MUNICÍPIOS	ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Taxa de cobertura de CAPS II (parâmetro 1caps/100mil hab.)	0,19	0,36	0,25

Fonte: Questionário aplicado aos CAPS II do Estado do RJ em 2010.

Diante destas taxas de cobertura, conclui-se pela evidência de déficit das Unidades CAPS II para o Estado do Rio de Janeiro, especialmente para a Capital. Os dados dos pacientes que se encontram em pronto-atendimento ratificam o diagnóstico do déficit de oferta de CAPS II na Capital. Os CAPS II da Capital não estariam promovendo a inserção de toda a clientela acometida por transtornos mentais graves ao tratamento em saúde mental. Foi mostrada uma proporção de 41% de usuários em pronto-atendimento nesse grupo de CAPS.

Nascimento e Galvanese (2009) discorrem sobre os CAPS que não incluíam altas nos seus projetos terapêuticos; os CAPS que incluíam, mas se mantinham como referência dos pacientes; e os que de fato encaminhavam para unidades básicas de saúde. As autoras afirmam: “A falta de profissionais da área de saúde mental na rede de serviços de saúde e as deficiências de fluxo

foram apontadas como as principais dificuldades para as altas dos usuários.” Ora, desse modo, se alguns CAPS de São Paulo não conseguem dar altas por precariedade de recurso humano especializado na rede, pode-se pensar que a dificuldade que os CAPS do Rio de Janeiro enfrentam é a mesma, eles não possuem suporte da rede ambulatorial para os encaminhamentos, o que acarretaria a sobrecarga da demanda e um número alto de pacientes em pronto-atendimento ou avaliação. Nesse caso, a solução mais pertinente do gestor municipal seria o incremento da rede ambulatorial aumentando o recurso humano especializado. A aplicação do questionário, entretanto, evidenciou como resultado da pergunta que investiga o grau de articulação dos CAPS com a rede de saúde – ambulatórios e hospitais – que 57% dos serviços avaliam essa articulação como “boa” ou “muito boa”, indicando assim que para a maioria dos CAPS II existe suporte da rede de saúde. Segue-se, então, um pouco mais no aprofundamento da reflexão sobre a cobertura dos CAPS II.

Para o incremento dessa análise da cobertura dos CAPS II no Estado do Rio de Janeiro, acompanha-se o raciocínio desenvolvido por Costa, Siqueira, Uhr, Fagundes e Molinaro (2011). Segundo os autores a difusão dos CAPS nos Municípios brasileiros foi bastante expressiva nas duas últimas décadas: 1990 a 2010. Nesse período, os incentivos das portarias 189/1991, 224/1992 e 336/2002 produziram o incremento anual médio de 25% na oferta de CAPS pelos Municípios brasileiros. Especificamente o impacto da portaria 336, em 2002, gerou um significativo impulso de crescimento, de 282% no número de CAPS disponibilizados pelo SUS em 2010, comparados àqueles disponibilizados em 2002. Dados que levam os autores à conclusão já explicitada: *expressiva difusão de CAPS nos últimos vinte anos* (grifo nosso).

Esta difusão aconteceu de modo bastante desigual entre os diferentes tipos de CAPS, salientam os autores. No período de 2002 a 2010, enquanto o crescimento do CAPSI, CAPSad e CAPSi foi de 424%, 514% e 300%, respectivamente; o de CAPS II e CAPS III foi de 124% e 189%. No caso dos CAPS II, os autores afirmam que a diminuição da oferta pelos Municípios deve-se a importante expansão dessas unidades na década anterior. No caso do CAPS III foi apresentado um percentual de crescimento maior que o verificado para o CAPS II, mas com a ressalva apontada por Costa e colaboradores (2011) de que poucas unidades foram ofertadas na última década. Afirmam os autores “a proposta dos CAPS III, com leito, não foi assumida pela gestão municipal na escala observada para os outros tipos de serviços”. E fundamentam a afirmação

com dados, apontando que em 2002 o percentual de CAPS III sobre o total de CAPS era de 4,5% enquanto que em 2010 foi de 3,4% do total. A oferta, portanto, tanto de CAPS II quanto de CAPS III vem caindo ao longo dos anos. E especificamente entre 2009 e 2010, afirmam os autores “chama especial atenção, adicionalmente, que o ritmo de expansão de todos os tipos de CAPS foi de 10%, indicando uma importante redução na velocidade histórica de expansão dos novos serviços de saúde mental (COSTA, SIQUEIRA, UHR, FAGUNDES & MOLINARO, 2011).

Quando os autores descrevem o padrão de desenvolvimento dos CAPS nas grandes cidades, ressaltam que os Municípios que apresentavam taxa de cobertura insuficiente ou crítica (como o Rio de Janeiro) apresentavam também uma população média significativamente superior aos demais. Afirmam os autores:

Os grandes Municípios apresentavam um déficit importante de cobertura populacional. A escala populacional aparecia como uma importante limitação para o alcance da cobertura adequada na provisão dos novos serviços de saúde mental (COSTA, SIQUEIRA, UHR, FAGUNDES & MOLINARO, 2011).

Diante do exposto tende-se a reforçar a conclusão sobre o déficit de cobertura do CAPS II para o Estado do Rio de Janeiro. E, especialmente para a Capital, que está incluída no “déficit importante de cobertura populacional”, a solução para o “alcance da cobertura adequada na provisão dos novos serviços de saúde mental” seria um número maior de unidades. Ampliando a cobertura, a tendência observada é a maior acessibilidade (na Tabela 3, grupo 4, a média bastante superior de novos matriculados no CAPS II, com um ano de funcionamento, na cidade do Rio de Janeiro, demonstra isso).

Vasconcelos (2010) afirma que existe um vazio assistencial na área de atenção à crise no processo gradual da reforma psiquiátrica. Isto se verifica, pois os leitos convencionais foram precarizados e os CAPS III não estão sendo implantados na velocidade necessária. O autor vai questionar o papel dos CAPS II: “*Que estímulos e dispositivos podemos utilizar para estimular e aumentar a capacidade dos CAPS II existentes de acolher a crise?*” (idem, 2010, p.47). Soma-se a esta pergunta do autor a segunda questão colocada por esta dissertação na introdução, que

também corresponde à pergunta avaliativa: *os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro contribuem para a reversão do modelo asilar?*

Quase a totalidade dos CAPS, 97%, afirmou possuir estratégias para o acolhimento à crise no próprio serviço, o que significa que apenas um CAPS, entre os trinta, respondeu não possuir estratégias para este fim. Mais da metade, 63%, respondeu que a maior parte das crises é acolhida sem o uso do leito de internação. Estes dois resultados apontam para a boa qualidade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro quanto ao acolhimento à crise. Pode-se afirmar que a maioria dessas equipes acolhem as crises dos seus usuários com recursos próprios, sem recorrer aos leitos de internação psiquiátrica.

Mas isso não basta para que os CAPS II estejam operando a reversão do modelo asilar. A questão em relação ao acompanhamento dos usuários de referência quando estes se encontram internados apresentou resultados menos positivos que as duas questões anteriores, pois menos da metade das equipes dos CAPS, 43%, consegue realizar o acompanhamento dos seus usuários internados. Um pouco mais da metade dos CAPS, 53%, os acompanha de modo parcial e 3% (um CAPS) não acompanha.

Quando analisamos as médias encontradas para o acompanhamento da clientela de longa permanência (LP), ainda internada, nos CAPS da Capital e demais Municípios do Estado, constata-se o significativo trabalho de desinstitucionalização sendo realizado. Os CAPS da Capital realizam trabalho de desinstitucionalização com treze pacientes em média, e os CAPS dos demais Municípios com quatorze. Entretanto, observando a Figura 2 no eixo que representa os usuários de LP, verifica-se que poucos CAPS acompanham muitos pacientes puxando a média para cima; mas a maioria dos CAPS acompanha poucos pacientes de longas internações psiquiátricas. Frente à Figura 2 somada aos resultados quanto à dificuldade de mais da metade dos CAPS de acompanhar integralmente os seus usuários quando internados, conclui-se que os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro estão com dificuldades de acompanhar as internações e de realizar o trabalho de desinstitucionalização com a clientela de LP, o que aponta para uma contribuição pequena à reversão do modelo asilar. Somado a isso, mais duas evidências ratificam esta conclusão: o fato de que 40% dos serviços ainda utilizam os leitos de hospitais psiquiátricos conveniados para a internação dos seus usuários e a informação de que os CAPS II da Capital

estão realizando o trabalho de desinstitucionalização com apenas 13% da clientela institucionalizada da cidade.

Os CAPS II do Estado do Rio de Janeiro, portanto, acolhem os seus usuários em crise nos próprios serviços, mas não conseguem acompanhar todas as internações dos seus usuários. Muitos CAPS acompanham poucos pacientes ainda internados em trabalho de desinstitucionalização e o conjunto de CAPS II da Capital acompanha menos de 15% da clientela gravemente institucionalizada da cidade. Conclui-se que a contribuição dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro é parcial para a reversão do modelo asilar.

Antes de tentar uma resposta para a questão levantada por Vasconcelos (2010), quando este autor pergunta quais seriam os estímulos e dispositivos que aumentariam a capacidade dos CAPS II de acolher à crise, toma-se a última questão para esta discussão.

Para responder à questão se os CAPS II são inseridos e inserem os usuários na comunidade, o primeiro ponto que o questionário abordou a esse respeito foi a relação das equipes dos CAPS com as equipes da estratégia saúde da família (ESF). Os resultados encontrados indicam que menos da metade dos CAPS, 43%, realizam o matriciamento das equipes ESF, enquanto 57% não realizam. Foi questionado aos diretores das Unidades que responderam que não realizam o matriciamento, o porquê disso, e as respostas apontam para diversas precariedades, seja da Secretaria de saúde, da rede de saúde mental ou dos recursos humanos e/ou materiais das equipes. Foram encontradas respostas do tipo:

- “O serviço da ESF do Município está em freqüente alteração e a equipe do CAPS é pequena, portanto, não conseguimos manter o contato”.
- “O programa do PSF foi desativado”.
- “Nosso território é muito grande e não conseguimos contato com as coordenações de todas as áreas”.
- “Porque há pouca integração”.
- “Não há técnicos suficientes e veículo disponível”.
- “Somente ocorre quando surgem problemas que envolva os dois programas. Mudança freqüente dos profissionais da rede”.
- “Não há investimento da Secretaria de Saúde para realização de construção da rede”.

- “Dificuldade de agendamento e horário”.
- “O trabalho de matriciamento era feito por um psicólogo que saiu do serviço”.
- “Equipe reduzida e não tem conseguido ir às rodas de conversas com a ESF”.

As outras respostas se concentraram em informar que as discussões são pontuais e não regulares; que não existe ESF na área, ou que o processo de matriciamento se encontra em implantação. Estes resultados apontam que a dificuldade que as equipes encontram de estabelecer discussões regulares com as equipes da ESF e assim desenvolver um trabalho mais inserido em suas comunidades esbarra nas diversas precariedades, com destaque para a precarização das equipes e dos vínculos de trabalho. Entretanto, na pergunta seguinte, sobre o acompanhamento das equipes do CAPS às equipes da ESF nos territórios, um pouco mais da metade, 53% respondeu que “sim”, realiza esse acompanhamento. Frente a estas duas realidades infere-se que manter constantemente um trabalho de discussão dos casos com a ESF é difícil, mas estabelecer parceria de trabalho em situações mais pontuais, provavelmente mais urgentes, mais da metade das Unidades vem conseguindo realizar.

Quanto à avaliação do grau de articulação das equipes com outros equipamentos de saúde, já foi explicitado acima que 57% dos serviços a consideraram “boa” ou “muito boa”. Em relação à satisfação das equipes com a receptividade das outras unidades de saúde quando o trabalho parceiro se faz necessário, a maioria das unidades encontra-se insatisfeita (60%) e menos da metade (40%) está satisfeita. Os dados parecem indicar que alguns CAPS, mesmo insatisfeitos com a receptividade das outras unidades de saúde, conseguem realizar um trabalho conjunto. Vale acrescentar que entre os dezoito CAPS das demais regiões do Estado, 50% estão satisfeitos e 50% estão insatisfeitos; já na Capital a proporção de CAPS insatisfeitos é maior, pois 75% das Unidades não estão satisfeitas com a receptividade das demais Unidades de saúde quando o trabalho em parceria se faz necessário.

Em relação à busca de recursos na comunidade, tais como clubes, igrejas, praças, academias, cinemas, etc, os resultados foram que um pouco menos da metade (47%) dos serviços realizam esta busca de recursos na comunidade para inserir nos projetos terapêuticos dos seus usuários de forma esporádica e um pouco mais da metade (53%) dos serviços afirmaram que realizam essa busca.

Então, se um pouco mais da metade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro (53%) busca recursos na comunidade para inserir nos projetos terapêuticos dos seus usuários e acompanha as equipes da ESF no território, além de realizar trabalho conjunto com outras unidades de saúde, permite afirmar que ainda que o trabalho de matriciamento seja ativo em menos da metade dos CAPS, este conjunto de CAPS II tem sustentado um trabalho que inclui o esforço de articulação com a comunidade e de inserção dos seus usuários nessa mesma comunidade. Ressalta-se, porém, que os dados demonstram que um número expressivo de CAPS, quase a metade, só busca recursos na comunidade de modo esporádico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução foi destacada a opção pela estratégia do questionário com o intuito de alcançar um número maior de unidades e obter uma visão de conjunto dos CAPS II do Rio de Janeiro: *características, êxitos e dificuldades*. Para concluir expõe-se esta visão de conjunto, do que foi colhido a partir das respostas dos trinta – dentro de uma população de 40 – CAPS II do Estado do Rio de Janeiro.

5.1 Características

Os CAPS II da Capital encontram-se sob maior pressão da demanda que os CAPS II das demais regiões do Estado do Rio de Janeiro, com uma população coberta maior que o dobro da população coberta pelo segundo grupo, e com uma média de pacientes em pronto-atendimento de 134 frente a 40 do segundo grupo.

A sobrecarga para as equipes dos CAPS da Capital reaparece, quando o dado dos profissionais é relacionado com a população coberta, pois existem nesse grupo 3,8 profissionais para 100mil habitantes, enquanto que para os CAPS das demais regiões do Estado existem 14 profissionais para 100mil habitantes.

Os CAPS II dos demais Municípios são um pouco mais antigos que os CAPS II da Capital, pois a média para o primeiro grupo é de 9,25 anos enquanto a média das unidades da Capital é de 6,75 anos. Em relação ao número médio de profissionais nas equipes, os grupos estão bem próximos, já que na Capital são vinte profissionais por equipe e nas demais regiões do Estado são dezenove.

Os CAPS II da Capital avaliaram em média a sua localização geográfica e proximidade com outros recursos da rede de saúde com a nota 7,0, enquanto os CAPS II das demais regiões avaliaram entorno de 8,0.

Tanto os CAPS da Capital quanto os CAPS das demais regiões do Estado do Rio de Janeiro apresentam em média uma avaliação regular (variando de 5,2 a 6,0) para a sua capacidade instalada no que tange a suficiência dos espaços e a potencialidade da sua arquitetura.

Os CAPS da Capital, com exceção de um, contam com supervisão clínico- institucional, enquanto que nas demais regiões do Estado, entre as dezoito unidades que responderam ao questionário, dez unidades não contam com esse recurso para a qualificação dos processos de trabalho das equipes; o que indica que a supervisão clínico-institucional, neste momento, está melhor implantada nos CAPS da Capital.

As taxas de altas dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro estão abaixo de 5% da média dos matriculados. Para os CAPS II da Capital a taxa média de altas dadas nos últimos doze meses foi de 4,2 e para os Municípios das demais regiões do Estado foi de 3,5.

5.2 Êxitos

A recepção dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro apresentou qualidade muito boa, já que todas estão funcionando de portas abertas e 80% delas acontecendo todos os dias e de modo interdisciplinar.

A grande maioria dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro (90%) possui estratégias para a inserção dos usuários de longa permanência em tratamento de base comunitária.

A maioria dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro (70%) realiza a dispensação dos medicamentos em seus próprios serviços.

A totalidade dos diretores informou que suas equipes realizam discussões de modo interdisciplinar, com a contribuição de profissionais com formações distintas. A maioria (73%) das equipes discute casos clínicos semanalmente. A grande maioria (80%) das equipes realiza seminário de planejamento interno dos seus processos de trabalho pelo menos uma vez por ano. O espaço da convivência nos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro conta com investimento de todas as equipes cujos diretores responderam ao questionário, sendo que 73% afirmaram investir na convivência em todos os turnos e 27% em alguns turnos.

A grande maioria das equipes (87%) dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro conta com estratégias para a busca ativa dos usuários que abandonaram o tratamento em seus respectivos territórios.

Em relação à articulação dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro com outros equipamentos de saúde, 57% das unidades afirmou que se trata de uma articulação “boa” ou “muito boa”.

Quanto ao acolhimento à crise, todos os diretores dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro informaram que suas equipes possuem critérios para orientar as indicações de internação, sendo o critério mais recorrente o “risco para si mesmo ou para os familiares”. Quase a totalidade da amostra (97%) informou possuir estratégias para o acolhimento das crises nos serviços. A

maioria dos CAPS (63%) afirmou que realiza o atendimento à crise sem leito de internação na maior parte das crises dos seus usuários.

5.3 Dificuldades:

Em relação à participação das famílias e dos usuários no projeto institucional dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro, 50% responderam que ela é média e 43% responderam que ela é baixa ou muito baixa. Isto aponta para o pouco investimento da maioria das equipes dos CAPS na participação dos usuários e familiares nos seus projetos institucionais.

Quanto ao matriciamento das equipes da estratégia saúde da família (ESF), menos da metade das unidades (43%) realiza e a maioria (57%) não realiza.

Quanto à satisfação das equipes em relação à receptividade das outras unidades de saúde quando o trabalho parceiro se faz necessário, a maioria das unidades (60%) encontra-se insatisfeita e a minoria (40%) está satisfeita.

Quase a metade dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro (47%) realiza busca de recursos na comunidade para inserção nos projetos terapêuticos dos usuários de forma esporádica.

Quanto ao trabalho de desinstitucionalização com a clientela de longa permanência internada nos hospitais psiquiátricos, a Figura 2 explicitou que poucos CAPS realizam um trabalho expressivo de desinstitucionalização, mas muitos CAPS acompanham poucos pacientes de longa permanência, demonstrando que o trabalho de desinstitucionalização para estas unidades ainda é pequeno.

Um número ainda expressivo de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro (40%) utiliza os leitos dos hospitais psiquiátricos conveniados para as internações da sua clientela. Ainda é baixa (3%) a utilização dos leitos dos CAPS III.

Em relação ao acompanhamento das equipes aos seus usuários internados, um pouco mais da metade (53%) dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro realiza de modo parcial; um pouco

menos da metade (43%) acompanha seus usuários internados e um CAPS (3%) afirmou não realizar o acompanhamento.

Seguindo nas dificuldades, retoma-se, por fim, a questão de Vasconcelos (2010):

“Que estímulos e dispositivos podemos utilizar para estimular e aumentar a capacidade dos CAPS II existentes de acolher a crise?”

Para responder esta questão foram destacadas algumas contribuições dos diretores/coordenadores que preencheram o último campo do instrumento, que abre um espaço para as observações e sugestões ao questionário de avaliação. A partir delas, destacaremos os estímulos e dispositivos.

1. *“Acreditamos ser de grande importância para nosso serviço a possibilidade de visualizar nosso trabalho em forma de pesquisa. Mas, por vezes, nos sentimos impotentes para responder determinadas questões devido a diversas problemáticas existentes: número reduzido de técnicos, falta de carro, falta de material de oficina e/ou permanente, falta de alguns medicamentos, falta de SUPERVISÃO (destaque dado pela diretora) e a falta de uma estatística mais precisa”.*
2. *“Em relação ao item 4.1, informo que apesar de possuímos espaços relativamente suficientes para as atividades terapêuticas, atualmente dividimos o espaço físico do CAPSII com o CAPSad (que ainda não tem sede própria). Em relação ao item 4.3, apesar de oferecermos duas refeições diárias, elas não são adequadas devido a burocracia dos processos licitatórios que influencia na aquisição de itens básicos”.*
3. *“Todo o questionário foi distribuído e discutido com a equipe para que servisse também como avaliação do nosso trabalho (...). Muitos dados numéricos não estão precisos porque todo o nosso banco de dados foi perdido em um assalto sofrido em agosto último quando foi levado o computador do serviço. Este ano foram três arrombamentos. A equipe parece grande, mas devido ao salário reduzido a carga horária dada é pequena”.*

4. *“Consideramos um importante analisador para discutirmos as práticas neste dispositivo de atenção psicossocial. Percebemos a importância do supervisor clínico-institucional para que a agenda do CAPS possa versar nas práticas instituintes”.*
5. *“(…) avaliar comprometimento do gestor municipal – se não existir envolvimento no serviço de saúde mental não há como crescer”.*
6. *“O questionário acabou sendo um instrumento importante para a direção avaliar o funcionamento do serviço, oferecendo elementos importantes para a discussão em equipe (….)observamos entre os profissionais de CAPS, de modo geral, problemas relacionados a sobrecarga de trabalho, insatisfação salarial, etc. Talvez o questionário pudesse incluir algum item relacionado a essas questões”.*
7. *“Este questionário será usado como instrumento de trabalho e reflexão”.*
8. *“(…) Quanto ao tempo de preenchimento do questionário, foi lento por eu ter assumido a direção há pouco tempo, então percebi que seria de grande importância que a equipe estivesse participando deste preenchimento, além de ser uma oportunidade de refletir um pouco sobre o trabalho que vem sendo realizado.”*
9. *“Achei importante responder visto que levanta questões interessantes para auxiliar a equipe no sentido de repensar sua prática. Aponta também para a grande diferença existente na realidade de cada CAPS”.*
10. *“O questionário indica para a equipe que dados precisam ser planilhados. A equipe precisa ter isso planilhado para realizar análises dos processos de trabalho oferecidos à clientela. Destaco a importância das questões 2.8; 5.4; 5.6; 7.1 e 7.2”.*

E esta última contribuição, que discorre exatamente sobre os atendimentos à crise:

11. *“Um dos problemas mais graves enfrentados nos últimos doze meses foi a falta de suporte para atendimentos à crise. Atualmente não contamos com equipe médica e de enfermagem em tempo integral no CAPS, não temos autorização para armazenar*

medicações injetáveis de emergência e não contamos com nenhum apoio para remoções. Falta ainda suporte básico e de infraestrutura na instituição para procedimentos médicos e de enfermagem. Além disso, não há no CAPS atualmente os recursos mínimos para que a equipe possa recolher os parâmetros para realizar um encaminhamento ao SAMU ou a outro serviço de saúde, tais como aparelhos de PA em boas condições de uso, termômetro, glicosímetro, balança antropométrica, entre outros. Por fim, o acolhimento aos pacientes em situações de crise e a manutenção de inúmeros tratamentos são prejudicados pela escassez de dispositivos de internação causada pela impossibilidade de relação com a clínica conveniada. O investimento numa equipe de supervisão e na adequação dessas clínicas, que prestam serviço ao SUS, às suas diretrizes é ponto fundamental para um bom modelo assistencial. Além disso, não conseguimos contar com o suporte do SAMU para o atendimento das emergências e para os procedimentos de remoção dos pacientes psiquiátricos. Os problemas causados pela falta de transporte geram dificuldades de remoção de pacientes em situações de crise, dificuldades de manutenção do tratamento de pacientes que têm indicação de acompanhamento exclusiva ou prioritariamente domiciliar, dificuldades no acompanhamento dos pacientes internados em outras unidades da rede pela falta de carro e/ou vale transporte para uso dos técnicos do serviço, o que causa também dificuldades de acesso à casa de pacientes que necessitam deste tipo de acompanhamento, assim como de contato/acesso a outras instituições/serviços/equipes. Cabe ressaltar que essas dificuldades são extremamente potencializadas pela impossibilidade de contato com telefones celulares em toda a rede municipal”.

Estas contribuições de onze diretores de CAPS II do Estado do Rio de Janeiro apresentam elementos para responder a pergunta do autor. O primeiro é que este questionário de avaliação funcionou como *estímulo* para algumas equipes, que o utilizaram como ferramenta para potencializar as discussões e qualificar os seus processos de trabalho. Parte dos diretores expressou positiva receptividade ao instrumento enviado, explicitando, ainda, certa carência desse *estímulo*. Carência de um *dispositivo* de avaliação mais constante para aumentar a capacidade dos CAPS II de operar no território e, inclusive, de acolher as crises.

Outro elemento é a clara precariedade de recursos, que já havia aparecido nas respostas sobre o porquê da inexistência de matriciamento às equipes da ESF. Frente a isto os *estímulos e dispositivos* prioritários pelos quais o autor se questiona são, inicialmente, os “*recursos mínimos para que a equipe possa recolher os parâmetros para realizar um encaminhamento ao SAMU ou a outro serviço de saúde, tais como aparelhos de P.A. em boas condições de uso, termômetro, glicosímetro, balança antropométrica, entre outros*”. São os recursos necessários para que uma equipe *possa* trabalhar com qualidade: número de profissionais suficiente; equipe médica e/ou de enfermagem em tempo integral; supervisão clínico-institucional acontecendo com regularidade; espaço físico suficiente; recursos materiais necessários para o acolhimento à crise; alimentação adequada e infraestrutura oferecida pela gestão, de modo que o banco de dados do serviço não esteja apenas no único computador da unidade.

As dificuldades e precariedades são muitas... Vasconcelos (2010) questiona: “Como podemos comprometer de forma mais clara os governos estaduais no financiamento direto de serviços substitutivos?” Costa e colaboradores (2011) afirmam: “O tema da desospitalização exige, sobretudo, repensar, em perspectiva sistêmica, os papéis do Ministério da Saúde e dos governos estaduais no financiamento à saúde mental, aliviando a pressão sobre os governos locais.” Os autores apontam que as soluções escapam da esfera local – municipal – para outras instâncias de governo.

De todo modo, para o nível local, fica aqui este *estímulo*: este primeiro esforço de apresentação dos resultados e da discussão de uma avaliação dos CAPS II do Estado do Rio de Janeiro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F., 2002. *Avaliação de Serviços em Saúde Mental: o desafio da produção de indicadores para a Atenção Psicossocial*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ALMEIDA, P. F. & ESCOREL, S., 2001. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58: 35-47.
- AMARANTE, P. & CARVALHO, A. L., 1996. Avaliação de qualidade dos novos serviços de Saúde Mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, 52: 74-82.
- AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G., 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25, n. 58: 26-34.
- AMARANTE, P. (coord.), 1995. *Loucos pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz.
- ALVES, D. S. & GULJOR, A. P., 2005. O Cuidado em Saúde Mental. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A., org.), p.221- 240, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- ALVES, D. S., 2006. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A., org.), p.169-178, Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- BARBETTA, P. A., 2008. *Estatística aplicada às Ciências Sociais*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- BASAGLIA, F., 2005. As Instituições da Violência. In: *Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (AMARANTE, P. org.), p. 91-131, Rio de Janeiro: Garamond.
- BORGES, C. F. & BAPTISTA, T. W. F., 2008. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2): 456-468.
- BRASIL, 1988. *Constituição Federativa do Brasil*.
- BRASIL, 2004 a. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.
- BRASIL, 2004 b. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- BRASIL, 2006. *Ambiência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 9*, ano VI, nº9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011 (acesso em 20/10/2011).

CAVALCANTI, M. T. et al, 2009. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. *Revista de Saúde Pública*, 43(Supl.1): 23-8.

COSTA, N. R. et al, 2011. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1328.

Coordenação de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CSM/SMSDCRJ), 2010. Informações pessoais à autora.

DESVIAT, M., 1999. Dificuldades e Erros da Reforma Psiquiátrica. In: *A Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOUCAULT, M., 1979 a. O Nascimento do Hospital. In: *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal.

_____, 1979 b. A Casa dos Loucos. In: *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal.

FURTADO, J. P. & ONOCKO-CAMPOS, R. T., 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 1053-1062.

_____, 2008. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(11): 2671-2680.

_____, 2011. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes*, Campinas, SP: Editora da Unicamp.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al, 2009. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, vol 43, supl.1.

FURTADO, J. P., et al, 2008. *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e feitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec.

GOLDBERG, J., 1996. *A Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá.

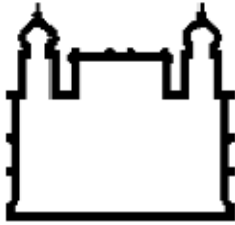
GOFFMAN, E., 2008. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

KALIL, MEX, (org), 1992. *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo: Hucitec.

KINOSHITA, R. T., 2009. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. *Cad. Bras. Saúde Mental*, vol 1, nº1, jan-abr.

- LIBÉRIO, M., 1999. *Estudo de Satisfação com os CAPS da cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, UFRJ.
- LIMA, M. G. A. (coord.), 2010. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP).
- MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O., 1993. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 239-262.
- MINAYO, M. C. S., 2009. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Revista Brasileira de Educação*, 83, 33 (1 Supl.1): 83-91.
- NASCIMENTO, A. F., & GALVANESE, A. T. C., 2009. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, vol 43 (Supl.1), p. 8-15.
- PEREIRA, M. G., 2000. *Epidemiologia: teoria e prática*. Cap. 23, parte IV. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- SCHMIDT, M. B., 2007. *Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde Mental – um estudo de caso do CAPS Profeta Gentileza*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ.
- SILVA, M. G. C., 2003. Economia da Saúde. In: *Epidemiologia e Saúde* (ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA, F., org.), Rio de Janeiro: MEDSI.
- SIMON, A. G., 2010. *O Papel dos Estados na Política de Saúde Mental no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- TENÓRIO, F., 2001. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- VASCONCELOS, E. M. (org), 2010. *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- WORTHEN, B. & SANDERS, J. 2004. Avaliação versus Pesquisa. In: *Introdução à avaliação de programas sociais - coletânea de textos*. São Paulo: Instituto Fontes.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R. & FITZPATRICK, J. L. 2004. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo, Edusp, Gente.
- YASUI, S., 2010. *Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ANEXOS



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Subárea: Políticas Públicas e Saúde



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação de Novos Serviços de Saúde Mental: um Instrumento para a Gestão de CAPS”. Esta pesquisa tem por população todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) II, do Estado do Rio de Janeiro.

Todos os diretores desses serviços estão sendo convidados a participar desta pesquisa avaliativa, que tem como objetivo geral a ampliação da capacidade institucional de avaliação nos novos dispositivos de assistência à saúde mental.

A sua participação (que, obviamente, não é obrigatória) consistirá em responder, com o auxílio de quem considerar devido, um questionário estruturado, com perguntas fechadas e abertas sobre a estrutura do CAPS e seus processos de trabalho, que serão abordados a partir de dois eixos: acesso e acompanhamento.

A primeira parte do questionário, que abordará o acesso, está formada por perguntas sobre:

- o acesso geográfico;
- o acesso à capacidade física instalada;
- e o acesso ao tratamento.

A segunda parte do questionário, que abordará o acompanhamento dos processos de trabalho, está formada por perguntas sobre:

- a supervisão clínico-institucional e a equipe interdisciplinar;
- os projetos terapêuticos e os espaços coletivos;
- a inserção do CAPS no território;
- e o acolhimento à crise.

Os benefícios da sua participação advêm da possibilidade desta avaliação descritiva fornecer maior visibilidade para a gestão, e para as próprias equipes, dos principais problemas e dificuldades enfrentados pelos serviços, tanto em sua estrutura quanto em seus processos de trabalho.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Asseguramos que os dados serão divulgados a partir de números, por exemplo: o “CAPS 1”, o “CAPS 2”, preservando o sigilo e a

proteção quanto à identidade do CAPS, quanto a sua identidade enquanto diretor, e quanto à equipe técnica. Salientamos, porém, que há possibilidade de identificação dos serviços e/ou seus representantes, considerando o pequeno número da amostra (40 CAPS).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), podendo tirar suas dúvidas sobre este projeto e a sua participação, agora ou a qualquer momento.

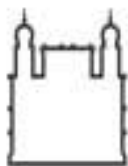
Pesquisador Principal: Suzane Gattass de Paula Corrêa
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar (SUBHUE/SIM). Cidade Nova.
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 913. Tel: 9712.5535

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Térreo
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ/ CEP. 21041-210
Tel e Fax – (21) 2598 – 2863
E-mail – cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/ética>

Declaro que entendi o modo de condução desta avaliação, os seus objetivos, e os benefícios da minha participação; e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Diretor do CAPS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Instrutivo

Este questionário deverá ser respondido pelo diretor do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo II, no intervalo de tempo de vinte dias. Após análise dos dados, existirá devolução dos resultados para as Unidades envolvidas na pesquisa.

Neste questionário deve-se tomar:

- **Interdisciplinar:** como pelo menos dois técnicos de categorias profissionais diferentes.
- **Alta:** como o resultado de um trabalho clínico onde os usuários, após este processo, finalizam o seu tratamento ou tomam outra unidade de saúde como referência. Não frequentam mais o CAPS, podendo retornar caso o agravamento do quadro indique cuidados mais intensivos.
- **Pacientes Matriculados:** são aqueles pacientes, que após serem acolhidos e avaliados na recepção do Serviço, são inseridos no tratamento do CAPS, tendo o prontuário aberto e a entrada para o faturamento efetivada.
- **Pacientes de Longa Permanência:** conforme a Portaria GM/MS nº 251/2002: mais de um ano de internação ininterrupta.
- **Cuidado Intensivo e não intensivo:** considere a Portaria SAS nº 189/2002, que preconiza como cuidado intensivo em saúde mental o máximo de 25 procedimentos por paciente, por mês, e como cuidado não intensivo, o máximo de 3 procedimentos por paciente, por mês.

Anexo

- Solicitamos que o corpo funcional do CAPS seja informado em formulário que segue em anexo, e devolvido à pesquisadora juntamente com o questionário respondido.

Questionário de Avaliação de CAPS

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Nome do CAPS: _____.

End: _____ . Nº _____.

1.2. Bairro: _____ . 1.3. Município: _____ . Tel: _____.

1.4. Diretor: _____.

1.5. Graduação: _____ . 1.6. Formação na Área? _____.

1.7. Vínculo Empregatício: () servidor público estatutário

() contratado por CLT

() outros. Qual? _____.

1.8. Área de Abrangência(APs): _____ 1.9. Bairros _____

1.10. População coberta: _____.

1.11. Início do funcionamento do CAPS: ___/___/_____. 1.12. Nº CNES: _____.

1.13. Funciona das ___:___ às ___:___ horas, de _____ a _____.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CAPS NO MOMENTO DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

2.1. Cadastrado como CAPS tipo (conforme CNES): () I () II () III () ad II () i II

2.2. Funcionando como CAPS tipo: () I () II () III () ad II () i II

Divergência entre 2.1 e 2.2, qual o motivo? _____.

- 2.3. Está faturando por APAC? () Sim () Não
- 2.4. Quantos profissionais na equipe técnica (nível superior, médio e administrativos)? _____.
- 2.5. Quantos usuários matriculados no CAPS? _____.
- 2.6. Quantos usuários matriculados no CAPS nos últimos doze meses? _____.
- 2.7. Quantos usuários em pronto-atendimento (ou avaliação)? _____.
- 2.8 Quantos usuários estão freqüentando o CAPS? _____.
- 2.9. Existe Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vinculado ao CAPS? () Não () Sim
- 2.10. Quantos? _____.
- 2.11. Quantos usuários do CAPS inseridos em SRTs? _____.

Acesso ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

3. Acesso Geográfico:

Avalie com nota de 0 a 10 os seguintes itens de acesso geográfico e localização do CAPS:

3.1. Quanto à localização geográfica do CAPS ser de fácil acesso à população da área de abrangência:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.2. Quanto à proximidade geográfica do CAPS com outros equipamentos de saúde, como CAPSIII, ambulatórios ou hospitais (acesso à rede de saúde):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3.3. Quanto à interferência do crime organizado sobre a mobilidade dos profissionais:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Capacidade Instalada:

Assinale de 0 a 10 a sua avaliação quanto à estrutura física do CAPS:

4.1. Quanto aos espaços serem suficientes para as diferentes atividades terapêuticas realizadas:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.2. Quanto à arquitetura do CAPS potencializar (favorecer) o trabalho:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4.3. Oferece as refeições, no mínimo, conforme a Portaria GM/MS nº 336/2002, ou seja, os pacientes assistidos em um turno (4 horas) recebem uma refeição diária, e os assistidos em dois turnos (8 horas) recebem duas refeições diárias?

Sim Não

4.4. O CAPS conta com um Fundo Rotativo – recurso mensal para ser administrado pelo diretor, sem a necessidade de prestação de contas - para gastos emergenciais de manutenção, bem como para a sustentabilidade de algumas oficinas e/ou projetos do serviço?

Sim Não

4.5. O CAPS contou com aquisição de material permanente (ar condicionado, TV, geladeira) na sua implantação?

Sim

Sim, mas insuficiente

Não

4.6. O CAPS conta com reposição de material permanente?

Sim

Sim, mas raramente

Não

5. Acesso ao Tratamento:

5.1. Existe dispositivo de recepção – escuta, acolhimento e registro dos atendimentos - acontecendo todos os dias?

Sim.

Não.

Se não, por quê? _____.

5.2. Atualmente o CAPS está recebendo novos casos para tratamento?

Sim.

Não.

Se não, por quê? _____.

5.3. Como se realiza a recepção do CAPS?

Grupo de recepção.

Pelo menos dois técnicos de categorias diferentes realizam o acolhimento individual.

Apenas um técnico realiza o acolhimento individual.

Não realiza recepção.

5.4. Há estratégias para a inserção no CAPS de usuários de longa permanência, objetivando a desinstitucionalização da clientela?

Sim. Não.

Se sim, quais? _____.

5.5. Quantos usuários de longa permanência tiveram alta hospitalar e foram inseridos no CAPS nos últimos doze meses? _____.

5.6. Quantos usuários, ainda internados, de longa permanência, que o CAPS acompanha em trabalho de desinstitucionalização? _____.

5.7. Quantos usuários adolescentes em conflito com a lei, cumprindo medida sócio-educativa, estão matriculados no CAPS? _____.

5.8. Quantos usuários matriculados, inseridos no serviço para tratamento de dependência ao álcool e outras drogas? _____.

5.9. Quantos usuários matriculados apresentam quadros de comorbidade da psicose com a dependência de álcool e outras drogas? _____.

5.10. Há avaliação de risco dos usuários (heteroagressividade, autoagressividade) que chegam ao CAPS, pela equipe do serviço, e construção de estratégias para a inserção no tratamento?

Sim. Não.

5.11. A dispensação dos medicamentos é realizada no próprio CAPS?

Sim. Quem realiza? _____.

Não.

5.12. Nos últimos 90 dias o CAPS tem recebido os medicamentos essenciais (regulamentados pela Portaria GM/MS nº 1077/1999*) de modo regular e suficiente?

Sim Não

* estão na próxima tabela, excluindo as últimas cinco medicações.

5.13. Marque com um x as medicações que o CAPS fornece:

MEDICAMENTOS	NOME FANTASIA	CAPS FORNECE:
Ácido valproico + valproato de sódio (500 mg) comprimidos	Depakene; Valpakine	
Amitriptilina (25mg) comprimido	Tryptanol; Limbritol	
Biperideno (2mg) comprimido	Akineton	
Carbamazepina (200mg) comprimido	Tegretol	
Carbonato de Lítio (300mg) comprimido	Carbolatium; Carbolim	
Clomipramina (25mg) comprimido	Anafranil	
Clonazepan (0,5 e 2mg) comprimido	Rivotril	
Clorpromazina (25 e 100mg) comprimido	Amptictil	
Cloridato de Prometazina (25mg) comprimido	Fenergan	
Cloridato de tioridazina (50 e 100mg) comprimido	Melleril	
Diazepan (5mg) comprimido	Vallium	
Fenitoína (100mg) comprimido	Hidantal	
Fenorbabital (100mg) comprimido	Gardenal; Fenocris	
Fenorbabital gotas	Gardenal	
Fluoxetina (20mg) comprimido	Prozac; Deprax	
Haloperidol (5mg) comprimido	Haldol	
Haloperidol 4% gotas	Haldol	
Haloperidol decanoato injetável	Haldol	

Mirtazapina (30mg) comprimido	Remerron	
Nortriptilina (50mg) comprimido	Pamelor	
Risperidona (2mg) comprimido	Risperdal; Zargus.	Risperidon;
Olanzapina (10 mg) comprimido	Zyprexa	
Clozapina (100 mg) comprimido	Leponex	
Quetiapina (100 mg) comprimido	Seroquel	
Ziprasidona (80mg) comprimido	Geodom	

5.14. Quanto às medicações que o CAPS não fornece, e que são indicadas, o paciente tem acesso de outra forma?

Sim. Não. Se sim, qual? _____.

5.15. A disponibilidade de material para o funcionamento adequado das oficinas foi suficiente nos últimos 90 dias?

Sim. Não. Quando foi a última entrega? _____.

Acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

6. Supervisão clínico-institucional e equipe interdisciplinar:

6.1. Há supervisões clínico-institucionais?

- Sim, com regularidade semanal.
- Sim, com regularidade quinzenal.
- Sim, mas de forma bastante irregular.
- Não.

6.2. Avalie a escala de participação dos trabalhadores (incluindo os administrativos) nas discussões e tomadas de decisão acerca do funcionamento do CAPS (exemplos: estratégias para a “porta de entrada”, criação de espaços coletivos, temas para o seminário interno, etc):

Muito baixa Baixa Média Alta Muito alta

6.3. Há regularidade de discussão de “Caso Clínico”, onde os casos são discutidos, de modo mais aprofundado e reflexivo?

Sim, semanalmente.

Sim, quinzenalmente.

Sim, mensalmente.

Não, nunca existe “discussão de caso”.

6.4. As discussões dos casos clínicos são interdisciplinares, de modo que profissionais de diferentes categorias contribuam?

Sim.

Não.

6.5. Existe seminário de planejamento interno para discussão e aprofundamento dos dispositivos e processos de trabalho da equipe?

Sim, pelo menos um por ano.

Sim, mais do que um por ano.

Não existe.

6.6. Os usuários têm profissionais de referência?

Sim, pelo menos um profissional da equipe técnica.

Sim, pelo menos um médico.

Sim, pelo menos o médico e mais um profissional de outra categoria.

Sim, cada usuário conta com uma mini-equipe de referência.

Não.

7. Projetos Terapêuticos e Espaços Coletivos: a continuidade do cuidado

7.1. Quantos usuários tiveram os seus Projetos Terapêuticos (PT) discutidos nos últimos doze meses?

R: _____.

7.2. Quantos usuários tem previsto no PT a utilização de outros recursos da rede de saúde?

R: _____.

7.3. Quantos usuários matriculados no CAPS possuem **cuidado intensivo** em seu PT?

R: _____.

7.4. Quantos usuários matriculados no CAPS possuem **cuidado não intensivo** em seu PT?

R: _____.

7.5. Avalie com notas de 0 a 10 a qualidade dos registros da equipe no prontuário interdisciplinar:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7.6. Existe discussão coletiva dos grupos e oficinas realizados no CAPS?

Sim, com frequência pelo menos quinzenal.

Sim, com frequência mensal.

Sim, mas muito raramente.

Não.

7.7. A convivência tem sido um espaço investido pela equipe de modo a ser um “meio terapêutico” e ter “finalidade terapêutica”, conforme indica o Ministério da Saúde no documento de 2004 “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”?

Sim.

Alguns turnos sim.

Não.

7.8. Assinale a escala de participação dos usuários e familiares nas discussões sobre o Projeto Institucional do CAPS?

Muito baixa Baixa Média Alta Muito alta

7.9. Existem programas e/ou oficinas de geração de renda?

Sim.

Não.

7.10. Nos últimos doze meses, quantos usuários matriculados se ausentaram do tratamento? _____

7.11. A equipe tem estratégias de busca ativa para os que deixam de frequentar o CAPS?

Sim.

Não.

Quais? _____.

7.12. Quantos tiveram alta do CAPS nos últimos doze meses? _____.

8. Inserção do CAPS no território: integralidade e intersetorialidade

8.1. O CAPS estabelece discussões regulares (matriciamento) com as equipes da “Estratégia Saúde da Família” (ESF) do seu território?

Sim. Não.

Se não, por que? _____.

8.2. A equipe do CAPS acompanha a equipe ESF presencialmente no território?

Sim. Às vezes. Não.

8.3. Avalie o grau de articulação da sua equipe com a rede de saúde (ambulatórios, hospitais...):

Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim

8.4. Quanto à satisfação da equipe em relação à receptividade das outras Unidades de saúde, quando as articulações são necessárias:

Muito insatisfeita Insatisfeita Não sabe Satisfeita Muito satisfeita

8.5. Existe busca de recursos e serviços da comunidade, tais como clubes, igrejas, praças, academias, cinemas, etc, que sejam utilizados de modo distinto no PT de cada usuário?

Sim.

Sim, mas esporadicamente.

Não.

8.6. Considera necessário, a partir da experiência do seu trabalho, que o CAPS II que você dirige, se torne um CAPS III?

Sim. Não.

Por quê? _____

9. Acolhimento à Crise

9.1. Quantas internações psiquiátricas foram realizadas nos últimos doze meses, da clientela deste CAPS?

R: _____.

9.2. A equipe tem critérios para a internação?

() Sim. Quais? _____.

() Não.

9.3. Onde os usuários se internam? (Pode assinalar mais de um item).

() Hospital Geral

() Hospital Psiquiátrico Próprio

() Hospital Psiquiátrico Conveniado

() CAPS III

() Pólo de Urgência e Emergência

9.4. A equipe se presentifica nas internações, de modo a acompanhar de fato, em parceria com a equipe da internação, o usuário e sua família?

() Sim.

() Em parte das internações sim.

() Não. Por quê? _____.

9.5. A decisão de internar é compartilhada com as famílias?

() Sim.

Em parte dos casos sim.

Não. Por quê? _____.

9.6. Nos últimos doze meses, existiram internações sem o conhecimento da equipe?

Sim, existiram muitas internações sem o conhecimento da equipe.

Sim, existiram internações sem o conhecimento da equipe, mas não foram muitas.

Não, todas (ou quase todas) as internações passaram pela avaliação da equipe.

9.7. Em relação às internações sem o conhecimento da equipe:

Acontecem sempre aos finais de semana.

A maioria delas acontece nos finais de semana.

Acontecem, indiscriminadamente, durante a semana e nos finais de semana.

9.8. A equipe tem conseguido intervir antes das instaurações das crises dos usuários, discutindo os seus sinais em reunião de equipe?

Sim

Não

9.9. A equipe tem estratégias para o acolhimento à crise no CAPS?

Sim

Não

Se sim, quais? _____.

9.10. O atendimento à crise **sem uso de leito de internação** acontece:

Na maior parte das crises.

Na menor parte das crises.

Nenhuma crise é acolhida sem internação hospitalar.

9.11. O CAPS inclui intervenções (atendimentos/acolhimentos) domiciliares, em função da crise, em articulação com o SAMU?

() Sim.

() Não.

Data do preenchimento: _____.

Tempo do preenchimento: _____.

10. Quais as suas observações e sugestões ao questionário?

Muito Obrigada!