

# Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais\*

doi: 10.5123/S1679-49742017000100016

## Evaluation of Psychosocial Care Centers' structure in the region of Médio Paraopeba, Minas Gerais, Brazil

Sarah Nascimento Silva<sup>1</sup>

Marina Guimarães Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Farmácia Social, Belo Horizonte-MG, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** avaliar as instalações físicas, recursos humanos e atividades desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, Brasil, em 2014. **Métodos:** estudo de avaliação sobre aspectos das dimensões de estrutura e processo propostos por Donabedian, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde e legislação vigente, por meio de formulários semiestruturados para entrevista com gestores e observação direta nos CAPS. **Resultados:** em 12 dos 14 CAPS estudados, foram encontradas todas as estruturas físicas mínimas recomendadas, equipe de profissionais completa e em número superior ao estipulado pela legislação; a utilização de espaços comunitários, comunicação e troca de informações com os demais pontos da rede de atenção era deficiente em grande parte dos serviços. **Conclusão:** embora houvesse adequação na maioria dos aspectos, observaram-se deficiências; a definição de critérios e a atualização de legislações são necessárias para melhoria dos serviços e atendimento da proposta de trabalho em rede.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Estrutura dos Serviços; Avaliação de Serviços de Saúde.

### Abstract

**Objective:** to evaluate the physical facilities, human resources and activities developed in the Psychosocial Care Centers (CAPS) in the region of Médio Paraopeba, Minas Gerais, Brazil, in 2014. **Methods:** this is an evaluation study of the dimensions of structure and processes proposed by Donabedian, based on recommendations of the Ministry of Health and current laws; semi-structured forms were used to interview health managers; direct observation of mental health services was performed. **Results:** in 12 of the 14 CAPS studied, it was found the minimum recommended of physical facilities and full professional staff and in greater number than established by law; the use of community spaces, communication and exchange of information with other units of health care network was deficient in most of the centers. **Conclusion:** although most of the aspects were suitable, some deficiencies were observed; criteria definition and legislation updates are necessary to improve health services and to accomplish the proposal of network service.

**Keywords:** Mental Health Services; Structure of Services; Health Services Evaluation.

\* Este artigo foi baseado na dissertação de Mestrado de Sarah Nascimento Silva, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação de Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais em 2014. Foi concedida bolsa de iniciação científica para Fabíola Oliveira Simões pelo Programa Institucional de Auxílio à Pesquisa de Doutores Recém-Contratados da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Entidade financiadora: Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Processo nº 7107/2013.

### Endereço para correspondência:

Sarah Nascimento Silva – SQS 403, Bloco R, apto. 102, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP: 70237-180  
E-mail: sarahnsilva@gmail.com

## Introdução

Com o objetivo de extinguir o modelo asilar e consolidar a reforma psiquiátrica no Brasil, a publicação de diversas legislações a partir de 2001 foi decisiva para organizar uma nova estrutura de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem serviços estratégicos com o objetivo de dar acesso e proporcionar integralidade ao tratamento da saúde mental de forma regionalizada.<sup>1</sup> A avaliação das instalações e condições para o funcionamento dos CAPS pode estabelecer uma relação entre a consolidação das mudanças motivadas pelas legislações, sua efetiva implementação e evolução na última década.

*Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem serviços estratégicos com o objetivo de dar acesso e proporcionar integralidade ao tratamento da saúde mental.*

Os transtornos mentais representam um sério problema de Saúde Pública, são agravantes na qualidade de vida, podem causar incapacidades, morbidade e morte prematura.<sup>2</sup> Um estudo multicêntrico apontou alta prevalência de transtornos mentais detectados na Atenção Primária à Saúde de diferentes capitais do Brasil, associados a algumas condições socioeconômicas, achados que reforçam a necessidade de implantação dos CAPS em todo o território brasileiro e, principalmente, sua integração com os serviços de atenção primária.<sup>3</sup>

Em 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecendo diretrizes e objetivos para cada ponto da rede, definições estas que colocam em evidência a capacidade resolutiva e operativa esperada para cada instituição que compõem a RAPS. O funcionamento adequado da RAPS é uma proposta complexa que visa a integralidade da atenção à saúde mental e desafia o trabalho conjunto entre os CAPS, a Atenção Primária à Saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as unidades de urgência e emergência e serviços de hospitalização especializada.<sup>4</sup>

Apresentando uma normatização básica e generalista, haja vista a complexidade de ações a serem desenvolvidas, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como

de outros programas de saúde, depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município a influenciar seu funcionamento.<sup>5</sup> Não obstante as diversidades decorrentes da regionalização do serviço, espera-se o reconhecimento de estruturas mínimas capazes de conferir aos CAPS a oferta e o cumprimento de atividades para as quais se propõem.

A avaliação de uma nova estratégia de serviço de saúde é necessária, tanto para aferir a qualidade da atenção à saúde ofertada quanto para visualizar as potencialidades e fragilidades no atendimento de suas demandas.<sup>6,7</sup> Passados 13 anos desde a publicação das diretrizes para o funcionamento dos CAPS, encontram-se implantados mais de 2.200 estabelecimentos e constata-se a drástica redução dos leitos hospitalares.<sup>8</sup>

A avaliação nos serviços de saúde mental não é tradição nos CAPS<sup>9</sup> e há poucos estudos de avaliação de estruturas, processos e resultados, conforme apontam revisões integrativas sobre o assunto.<sup>10,11</sup> Entre os estudos nacionais publicados, a maioria descreve aspectos da implantação dos CAPS ou trata de estudos qualitativos desenvolvidos em um único serviço.<sup>7,9,12,13</sup>

A análise de estruturas pode proporcionar uma contextualização inicial dos requisitos básicos, ou mesmo fundamentais, para o funcionamento de um serviço, constituindo uma das iniciativas necessárias a um processo contínuo e permanente de avaliação dos serviços de saúde. O objetivo deste artigo foi avaliar as instalações físicas, recursos humanos e atividades desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Região do Médio Paraopeba, estado de Minas Gerais, Brasil, em 2014.

## Métodos

Foi realizado um estudo de avaliação sobre aspectos de estrutura e processo nos CAPS da região geográfica denominada Médio Paraopeba, em Minas Gerais. A dimensão de estrutura do serviço de saúde é definida pelos recursos estáveis da instituição, ou seja, infraestrutura, área física, recursos humanos e financeiros necessários para proporcionar a atenção à saúde do usuário. A dimensão do processo refere-se às atividades do serviço relacionadas à atenção e tratamento dos usuários,<sup>14</sup> neste estudo interpretadas como o atendimento prestado e atividades psicoterá-

pêuticas inclusas no plano terapêutico dos usuários dos serviços de saúde mental.

A região do Médio Paraopeba segue a conformação de organização de territórios estabelecida pelo governo do estado de Minas Gerais e corresponde a duas microrregiões de saúde, totalizando 16 municípios. Nessa região são ofertados serviços de todos os níveis de atenção à saúde, inclusive de nível terciário nas cidades com maior população ou na sede da macrorregião, Belo Horizonte, onde também estão concentrados os serviços hospitalares especializados destinados ao atendimento de pacientes graves vindos de todo o estado. Com uma população total estimada em 1.526.538 habitantes no ano de 2014,<sup>15</sup> as cidades da região organizavam o atendimento em saúde mental atrelado à Atenção Primária à Saúde de cada município.

Os dados foram coletados em entrevistas com os gestores dos CAPS e durante visitas às instalações dos serviços, realizadas no período de 28 de abril a 11 de junho de 2014. Foi utilizado um questionário semiestruturado, cuja formulação baseou-se na avaliação das dimensões de estrutura e processo.<sup>14</sup> Considerando-se a necessidade de atualizar essa ferramenta e adaptá-la às novas necessidades vivenciadas pelo sistema de saúde brasileiro, as recomendações do Ministério da Saúde e legislações vigentes<sup>1,16</sup> foram incluídas no questionário.

A seleção das instituições partiu de consulta aos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) referentes aos municípios que compõem a região do Médio Paraopeba. Todos os 15 CAPS identificados no CNES foram convidados, sendo incluídas todas as instituições cujos gestores aceitassem participar do estudo desde que manifestassem sua anuência à pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O questionário incluiu perguntas relacionadas às instalações e à presença de adaptações físicas dos CAPS, visando a acessibilidade dos usuários, além do horário de funcionamento, composição da equipe conforme recomendação da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, comunicação e interação com outros pontos de atenção da RAPS, para identificar fluxos de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde mental da região. As variáveis contempladas neste estudo, um recorte de um projeto de pesquisa maior, encontram-se listadas na Figura 1.

A realização de atividades/oficinas nos CAPS foi investigada por meio de entrevista com os gestores, a confirmação das informações com o terapeuta ocupacional ou funcionário envolvido, e visitação dos espaços pelo pesquisador, com a identificação de materiais, objetos, fotos e cronogramas que indicassem a realização da atividade nos últimos três meses. A cobertura de CAPS/100 mil habitantes foi calculada para a região analisada e, individualmente, para cada município que apresentou CAPS. O cálculo desse indicador considera a cobertura ponderada por porte do CAPS, a saber: o CAPS I abrange território com cobertura de 50 mil habitantes; o CAPS-III, de 150 mil habitantes; e os demais CAPS – CAPS II, CAPS álcool e drogas (CAPSad) e CAPS Infantil (CAPSi) –, cobertura de 100 mil habitantes. Para o cálculo desse indicador, considerou-se a população de cada município, a população total da região analisada e o número total de CAPS mediante consulta ao CNES, independentemente da participação do estabelecimento na pesquisa. O parâmetro de cobertura muito boa é atribuído para valores acima de 0,70; cobertura boa, entre 0,50 e 0,69; cobertura regular/baixa, entre 0,35 e 0,40; cobertura baixa, de 0,20 a 0,34; e cobertura insuficiente/crítica, para valores abaixo de 0,20.<sup>16</sup>

O instrumento de pesquisa foi previamente testado em um estudo-piloto, ao qual foram realizadas adequações necessárias para responder ao objetivo do presente estudo. Este teve sua aplicação conduzida por um pesquisador graduado, previamente treinado. Para o controle de qualidade da coleta de dados, ao término das entrevistas, informações referentes ao espaço físico e atividades declaradas foram validadas pelo mesmo pesquisador, em visita às instalações dos CAPS para revisão do questionário preenchido. Em situações de divergência de informações, reaplicou-se parte do questionário junto ao gestor com o propósito de obter maiores e mais claras informações sobre o critério avaliado. A confirmação de dados referentes à equipe multidisciplinar e ao número de atendimentos deu-se no contato direto com os gestores, em momento posterior à coleta de dados. Dados obtidos sobre profissionais alocados nos CAPS, tempo de implantação dos serviços e demanda por atendimento também foram confrontados com as informações disponibilizadas no CNES e no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Etapa de avaliação	Crítérios/variáveis	Categoria/unidade de medida
Infraestrutura	Tempo de implantação do CAPS	anos
	Cobertura por município e região	número de CAPS/100 mil habitantes
	Instalações presentes no serviço: sala de atendimento individual, salas de enfermagem/procedimento, leito, banheiros (feminino e masculino), cozinha-copa, refeitório, local para a guarda de prontuários, espaço de convivência (adequação do manual de construção CAPS)	presença/ausência
	Acessibilidade (rampas, corrimão, banheiros adaptados)	presença/ausência
	Alocação do CAPS em construções	próprias para a atividade/adaptadas
	Sistema informatizado para gerenciamento das consultas, atividades e serviços prestados pelo CAPS/prontuário eletrônico	presença/ausência
	Farmácia/dispensário de medicamentos nos CAPS	presença/ausência
	Horário de funcionamento (adequação à Portaria GM/MS nº 336/2002)	número de horas
Recursos humanos	Profissionais alocados nos serviços (adequação à Portaria GM/MS nº 336/2002)	número de profissionais segundo categoria profissional
	Gestores	número de gestores segundo tempo na função em anos, carga horária semanal em horas
	Formação dos gestores dos CAPS	graduação na área da Saúde/pós-graduação/pós-graduação na área/ mestrado e doutorado
Atividades	Oficinas e atividades realizadas nos CAPS no último bimestre (cultura e arte, cotidiano, terapia, social e outros)	número de atividades segundo tipo
	Pacientes atendidos mensalmente/pacientes atendidos em atenção-dia (referência média do último bimestre)	número médio de pacientes atendidos mensalmente
	Encaminhamento de usuários para outros serviços	sim/não
	Atendimento de usuário de outros municípios/convênios	sim/não
	Contato com outros pontos da rede de atenção (atenção primária/serviços de urgência e emergência/hospitais psiquiátricos)	sim/não

**Figura 1 – Critérios utilizados na avaliação de estrutura e processo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, 2014**

O estudo utilizou variáveis categóricas para descrever critérios de adequação dos serviços, como a existência de instalações físicas necessárias a seu funcionamento – sala de atendimento individual, sala para atividades coletivas, sala de enfermagem/procedimento, leito, banheiros (feminino e masculino), cozinha/copa, refeitório, local para a guarda de prontuários e espaço de convivência – e instalações adaptadas para acessibilidade. Foram utilizadas variáveis contínuas, para avaliar o número de profissionais alocados nos serviços – por categoria profissional – e o horário de funcionamento dos

CAPS, conforme estipulado pela Portaria GM/MS nº 336/2002 para cada modalidade de CAPS. A variável ‘qualificação profissional’, declarada pelos gestores dos serviços, considerou o curso de graduação e categorias para o nível de instrução: graduação na área da Saúde, pós-graduação, pós-graduação na área, mestrado e doutorado.

O número de atividades grupais ou oficinas terapêuticas realizadas em cada CAPS foi quantificado e agrupado em grandes categorias: cultura e arte, cotidiano, terapia, social e outros. Para a descrição de outros aspectos característicos do serviço, utilizou-

se as variáveis contínuas ‘tempo de funcionamento’ em horas e ‘número de atendimentos’ em cada instituição no último bimestre, ambas informações confrontadas com dados disponíveis nas plataformas CNES e SIA/SUS.

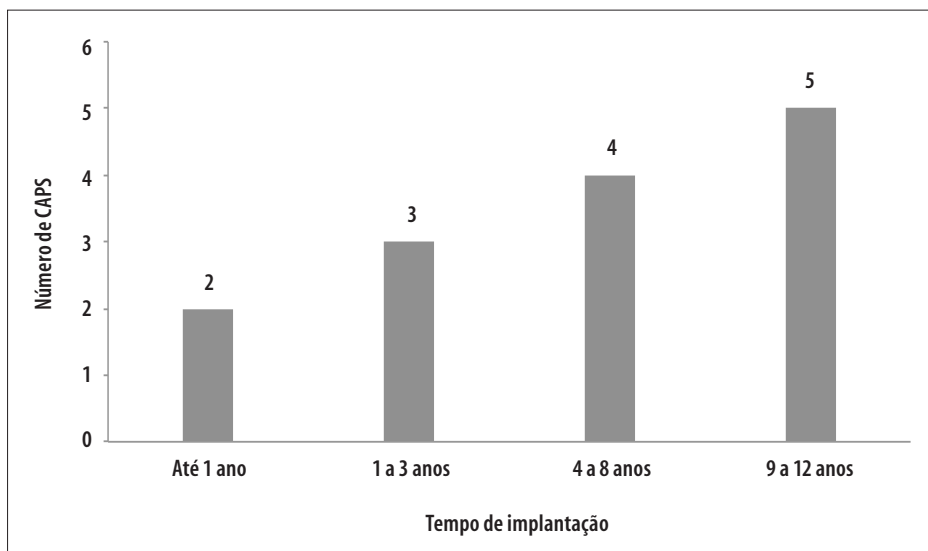
A análise de dados foi realizada por estatística descritiva. Descreveu-se a frequência das variáveis; e utilizaram-se medidas de tendência central (média) e medidas de variação (desvio-padrão), para análise das variáveis quantitativas. As análises foram realizadas pelos *softwares* Microsoft Excel 2010 e o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. Houve dupla digitação dos dados dos questionários, por digitadores diferentes; logo, foram comparados os dados das duas digitações aplicando-se o índice de concordância de Kappa, com a devida correção dos erros de digitação. A concordância mostrou-se excelente: índice Kappa igual a 0,97.

O projeto do estudo seguiu as recomendações éticas constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em 19/02/14: Parecer nº 534.576 e CAAE nº 26041113.6.0000.5149. O termo de anuência para participação na pesquisa foi firmado com os municípios de Betim, Brumadinho, Contagem, Esmeraldas, Ibirité, Igarapé e São Joaquim de Bicas.

## Resultados

Foram incluídos no estudo 14 dos 15 CAPS da região do Médio Paraopeba. Houve apenas uma recusa. Entre os CAPS estudados, quatro pertenciam à modalidade CAPS I, dois à modalidade CAPS II, quatro à modalidade CAPS III, três à modalidade CAPSad e um à modalidade CAPSi. O tempo médio de implantação dos CAPS na região foi de 6,23 anos (desvio-padrão: 4,37) e cinco instituições apresentavam mais de nove anos de implantação (Figura 2). Os serviços na modalidade CAPS I, CAPS II e CAPSi apresentaram tempo médio de implantação superior (8,71 anos; DP=3,49 anos) ao observado para os serviços na modalidade CAPS III e CAPSad, os quais apresentaram média de 3,75 anos (desvio-padrão: 3,86). Todos os serviços funcionavam no mínimo nove horas diárias, de segunda a sexta feira.

A cobertura calculada para a região (1,01CAPS/100 mil hab.) foi classificada como muito boa. A cobertura nos municípios também foi muito boa, com valores entre 0,75 e 1,74 CAPS/100 mil hab. (desvio-padrão: 0,35). Com relação às estruturas básicas em comum ao funcionamento das diferentes modalidades dos CAPS, todos os Centros apresentaram sala de atendimento individual, leito para acolhimento de pacientes em crise, sala de enfermagem, cozinha/copa e local para a guarda de prontuários. Todos os CAPS apresentaram



**Figura 2 – Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) segundo tempo de implantação, região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, 2014 (n=14)**

**Tabela 1 – Estrutura presente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, 2014 (n=14)**

Instalação verificada	Instalação presente no serviço
Sala de atendimento individual	14
Sala para atividades coletivas	13
Sala de enfermagem/procedimento	14
Leito	14
Banheiros (feminino e masculino)	12
Cozinha-copa	14
Refeitório	12
Local para a guarda de prontuários	14
Espaço de convivência	14

um espaço de convivência, fosse ele uma sala de estar ou área aberta, onde poder-se-ia realizar a interação dos pacientes ou a prática de alguma atividade coletiva. Banheiros individualizados por sexo e refeitório não estavam presentes em duas instituições avaliadas (Tabela 1).

Quanto à oferta de instalações adequadas à acessibilidade dos pacientes idosos e portadores de necessidades especiais, seis CAPS dispunham de rampas e banheiros adaptados para seus usuários. Seis CAPS estavam instalados em construções residenciais, adaptadas para alocar o serviço.

A presença de uma farmácia ou dispensário de medicamentos nas dependências dos CAPS foi verificada em dez serviços, prestando atendimento à demanda interna dos usuários da unidade e, em alguns casos, acumulando a função de atendimento ao público externo. Apenas um CAPS utilizava o prontuário eletrônico, compartilhando informações do paciente com toda a rede de serviços de saúde do município.

Todos os gestores dos CAPS apresentavam formação superior na área da Saúde. Observou-se que 12 deles possuíam formação em psicologia e seis declararam ter especialização em saúde mental ou álcool e drogas, ou ainda, título de mestre. A carga horária semanal dos gestores apresentou média de 39,14 horas semanais (desvio-padrão: 8,15) e o tempo médio nessa função foi de 30,60 meses (desvio-padrão: 33,50), ou seja, cerca de dois anos e seis meses exercendo a coordenação do serviço.

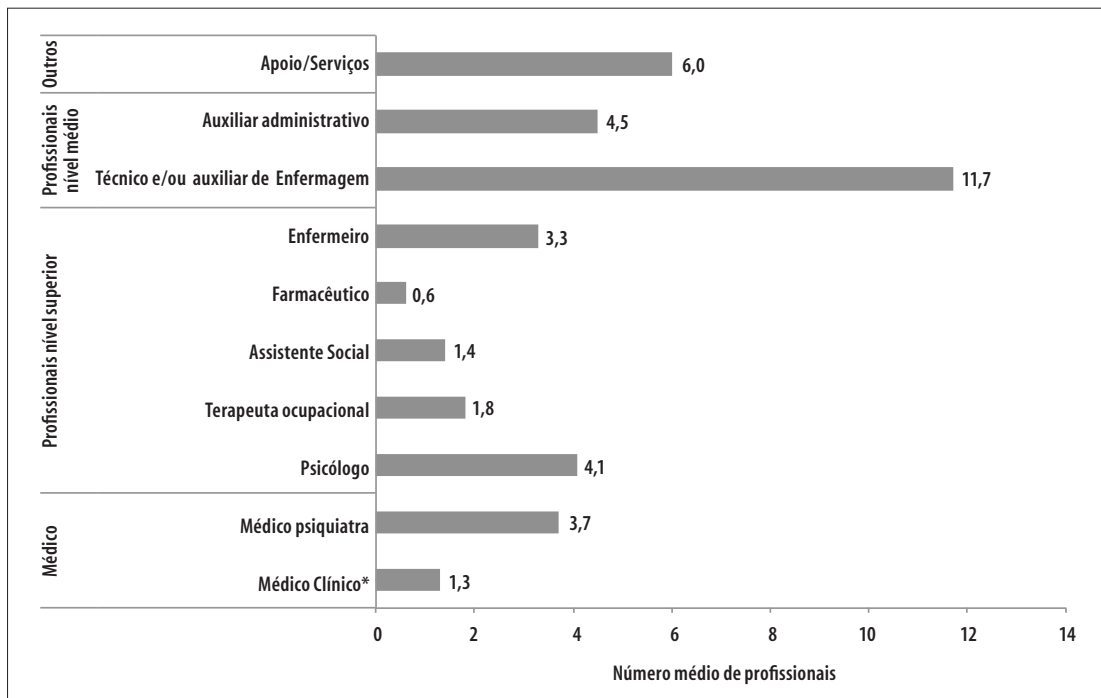
A composição da equipe de profissionais dos CAPS apontou que todos os serviços alocavam psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos ou auxiliares

de enfermagem (Figura 3). Médico psiquiatra estava em falta em um CAPS I; ao todo, 56 médicos atuavam nos serviços, sendo 52 psiquiatras. O farmacêutico fazia-se presente em nove serviços avaliados e o psicólogo era o profissional de nível superior em maior número nos CAPS. Verificou-se divergência e desatualização com as informações consultadas na base de dados do CNES.

Os CAPS da região ofereciam diversas oficinas terapêuticas e atividades grupais, realizadas com os pacientes dentro dos serviços. Foi citada pelos gestores e confirmada pelo pesquisador a realização de atividades ligadas à arte e cultura: oficinas de artesanato, tapeçaria, bijuteria, pintura, música, cinema e artes visuais. Dentre as oficinas com atividades ligadas ao cotidiano, estavam as de culinária, cultivo de horta e jardinagem, atividades de socialização por meio de jogos e esportes, atividades psicoterapêuticas em grupos de reflexão e discussão sobre diversas temáticas (tabagismo, autocuidado, roda de conversa, assembléia dos usuários do serviço), além do acompanhamento médico e psicológico de grupos temáticos. Foram relacionadas, ademais, atividades externas ao serviço e práticas corporais (Figura 4).

O número médio de atendimentos dos CAPS da região variou consideravelmente, entre os Centros. Conforme dados repassados pelos gestores, o número médio de atendimentos mensais foi de 486,8 (desvio-padrão: 786,90) – em um quadro geral de amplitude entre 20 e 3.000 atendimentos mensais pelos Centros observados –, incluindo consultas programadas e de urgência atendidas pela equipe multiprofissional.

Em média, 30 pacientes (desvio-padrão: 17,30) eram assistidos em atenção-dia, também denominada



\* Número médio de profissionais calculado somente para a modalidade de serviços dirigidos a usuários de álcool e drogas (CAPSad), conforme exigência da Portaria GM/MS no 366/2002.

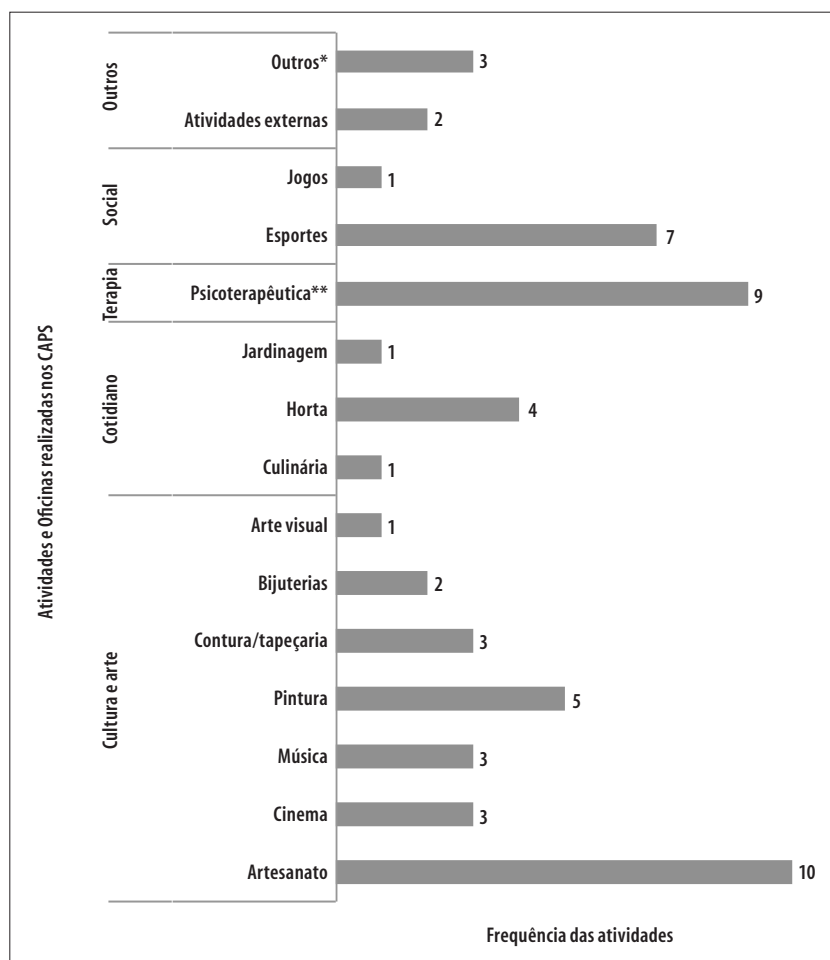
**Figura 3 – Número médio de profissionais alocados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, 2014 (n=14)**

permanência-dia pelos serviços avaliados. Oito gestores afirmaram que também atendiam pacientes de outros municípios próximos, pertencentes à mesma região e que não apresentavam CAPS: Bonfim, Crucilândia, Juatuba, Mario Campos, Mateus Leme, Rio Manso, Piedade dos Gerais e Sarzedo.

Com o objetivo de verificar a utilização de serviços do território, foram relacionadas instituições de apoio para onde os pacientes em crise eram encaminhados. Os gestores referiram, com frequência, o encaminhamento para hospitais municipais, policlínicas e unidades de pronto atendimento (UPA) da região. A referência para hospitais psiquiátricos situados em Belo Horizonte e de CAPS da modalidade III existentes na região correspondem a 2/3 das alternativas relatadas. Dois CAPS III da região destacaram-se como os mais citados para a procura de leitos de permanência no período da noite. Todos os municípios realizavam contato com os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS –, sendo a Atenção Primária à Saúde a principal responsável por encaminhar e compartilhar com os CAPS informações clínicas e assistenciais sobre os pacientes.

## Discussão

Após 12 anos de implantação dos primeiros CAPS na região do Médio Paraopeba, observa-se o crescimento do número de serviços, ressaltando como implantação mais recente os CAPS 24h, serviços que ampliaram o período de funcionamento, e aqueles destinados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas representados, respectivamente, pelas modalidades CAPS III e CAPSad.<sup>16</sup> Os serviços desta região necessitam de uma estrutura adequada para atender a população, exposta a diversos problemas socioeconômicos e, em alguns casos, vulnerabilidade social. Em geral, verifica-se que os CAPS necessitam de uma estrutura capaz de atender às demandas da rede psicossocial, como também prestar outros atendimentos, para os quais o CAPS é reconhecido como competente dada sua qualificação de porta de entrada do sistema de saúde: atendimentos encaminhados pela Segurança Pública e pelo sistema carcerário, acompanhamentos solicitados pelo sistema judiciário, atendimentos da população de rua e de outros diversos casos, que mesclam o sofrimento mental com conflitos sociais da



\* Atividades diversas, técnicas chinesas, psicomotricidade.

\*\* Grupos de reflexão/discussão, assembleias, roda de conversa e autocuidado.

**Figura 4 – Principais atividades realizadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, 2014 (n=14)**

população. Tais situações reforçam a necessidade de uma estrutura que permita a adequada interlocução com as demais instituições da região.

A cobertura dos CAPS apresentou boa classificação para a região e, individualmente, para cada município coberto pelo serviço: os valores encontrados são superiores à média nacional, que apresentou valor de 0,74 em 2012 e de 0,86 em 2015.<sup>8,17</sup> Nos anos iniciais de implantação dos CAPS, a cobertura mantinha alta relação com a adesão ao redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Na atual conformação de rede proposta pela RAPS, indicadores de cobertura adequados representam um requisito básico para possibilitar o trabalho em rede, assim como a cobertura por outros programas de saúde que

agregam recursos à execução dos serviços propostos, dentro da lógica do território.

Em geral, verificou-se adequação da estrutura em grande parte dos CAPS da região do Médio Paraopeba, contemplando, em alguns casos, áreas superiores à estrutura física mínima requerida. Porém, a existência de serviços que não apresentam algumas das estruturas mínimas recomendadas, aliada a outros problemas relatados no estudo, como quase metade dos serviços funcionando em construções residenciais e sem adaptações de acessibilidade, retratam um problema maior, também observado em CAPS de outras regiões do Brasil.<sup>18,19</sup>

Em 2013, a publicação de um manual do Ministério da Saúde, que estabelece requisitos para a



construção dos CAPS em suas diferentes modalidades e condiciona o envio dos recursos para construção de novas instalações à adequação desses parâmetros, demonstra uma tentativa, em escala nacional, de padronizar e estabelecer serviços com estrutura adequada.<sup>20</sup> Não obstante, recomendações e até mesmo exigências devem ser estabelecidas com o intuito de adequar os CAPS já habilitados e em plena atividade. Importante salientar que as adaptações devem ser propostas não apenas sob o ponto de vista sanitário, como mais um estabelecimento de saúde, e sim – sobretudo – incluir recomendações que prezem pela ambiência dos serviços. Os CAPS devem proporcionar um ambiente acolhedor ao processo de produção de saúde, capaz de oferecer conforto físico e subjetivo, promover e intensificar relações interpessoais nos pacientes.<sup>9,21</sup>

A atuação dos profissionais é um fator determinante para a estruturação e resolubilidade dos CAPS como um serviço estratégico da Saúde Mental.<sup>22</sup> O estudo revelou que o número médio de profissionais que compõem as equipes dos CAPS da região do Médio Paraopeba apresentou valor superior ao mínimo recomendado pela Portaria GM/MS nº 336/2002. Porém, a análise de dados em cada estabelecimento revelou a falta ou a manutenção da quantidade mínima de profissionais em alguns CAPS I. Nesses serviços de menor porte, cabe uma reflexão ainda mais relevante, visto que os CAPS I, diferentemente das outras modalidades, são destinados ao tratamento geral de todas as condições de saúde mental, em adultos, jovens e usuários de drogas que procuram atendimento no serviço. O estabelecimento de uma equipe coesa e resolutiva para conduzir o plano terapêutico dentro dessas localidades é importante, tanto para a adesão e vínculo dos pacientes quanto para a oferta de tratamento adequado, evitando o encaminhamento desses pacientes a serviços maiores e mais complexos, distantes de sua residência, simplesmente por inoperância da rede local.

A legislação que implantou os CAPS e estabeleceu a equipe mínima de profissionais permanece válida e sem alterações. Entretanto, é notável que a equipe mínima estabelecida baseava-se em um contexto da década passada. Na atualidade, o crescimento dos estabelecimentos e a complexidade das atribuições exigidas implicam a readequação do número de profissionais alocados nos CAPS. Considerando-se que a

implementação de legislações foi fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica,<sup>23</sup> é necessário que se acompanhe a evolução dos serviços e se estabeleçam novos marcos legais, não só para implantar como também aprimorar a qualidade dos serviços ofertados na Saúde Mental.

Os psicólogos são os profissionais de nível superior com maior representatividade nos CAPS, nessa e em outras regiões,<sup>18,19</sup> os principais responsáveis por conduzir a gestão do serviço. Os psicólogos participam ativamente das ações de matriciamento, estabelecendo contato direto com a atenção primária, NASF e outros pontos da RAPS, situação em que presenciam a fragilidade da integração da rede entre os serviços locais.<sup>24</sup> O farmacêutico foi o profissional de nível superior com menor representatividade, embora em número superior na comparação com outras regiões.<sup>18,19,25</sup> Apesar de o farmacêutico não ser citado diretamente, na relação mínima de profissionais do CAPS, sua atuação é indispensável na gestão dos medicamentos e, principalmente, na composição da equipe disciplinar, realizando intervenções e participando do projeto terapêutico dos pacientes.<sup>26</sup> A falta, ainda que temporária, do médico psiquiatra em um CAPS I pode imobilizar o serviço, inviabilizando a evolução da prática clínica, realização de atendimentos de urgência e acolhimento de novos pacientes. O Ministério da Saúde tenta fixar o profissional ao priorizar a aprovação de vagas de residência em serviços da RAPS;<sup>8</sup> contudo, reconhece-se a necessidade de implantar estratégias para a permanência desse profissional nos CAPS após o período de residência.

A comunicação e o fluxo de encaminhamento estabelecidos entre os CAPS da região indicam o seguimento da proposta de regionalização e o estabelecimento de serviços de referência e contrarreferência entre as microrregiões, propostos pelo Governo Estadual. Os CAPS com maior recurso e estrutura recebem encaminhamentos de serviços menores, e cidades descobertas estabelecem convênios com os CAPS da região para garantir atendimento aos pacientes nelas residentes.

Assim como no fluxo regional, a comunicação nas RAPS apresenta diversas fragilidades. O trabalho em conjunto, que prevê uma organização horizontal, na prática, encontra diversos obstáculos em meio à dualidade de funções atribuídas aos serviços, despreparo

e falta de motivação dos profissionais dos serviços de saúde mental.<sup>21,27</sup>

Na proposta das RAPS, mecanismos adequados para estabelecer a comunicação entre os diversos pontos de atenção são fundamentais para a rede. A divergência e desatualização de informações lançadas nas bases de dados do CNES e do SIA/SUS e, principalmente, a baixa utilização do prontuário eletrônico dificultam ainda mais o acompanhamento e continuidade do projeto terapêutico do paciente dentro dos serviços de saúde mental da região.

Foram relatadas poucas oficinas externas a utilizar espaços comunitários ou promover a articulação com o território, podendo-se recomendar que essa prática seja mais explorada pelos CAPS, como uma das atividades a serem mais desenvolvidas pelos gestores. A desinstitucionalização da Saúde Mental fundamenta-se na superação dos espaços de tratamento, sejam eles hospitais ou Centros de Atenção Psicossocial, onde os pacientes têm a oportunidade de viver em comunidade, local privilegiado de interação e vinculação dos sujeitos.<sup>28</sup> As diretrizes da RAPS reforçam a necessidade da autonomia dos pacientes para o exercício da cidadania, e o ambiente onde eles podem exercer essa função é justamente a comunidade, em contato com instituições, grupos organizados e pessoas com as quais convivem. A inserção de equipamentos comunitários na prática diária dos CAPS demonstra a capacidade dos serviços para propor o tratamento dos pacientes no contexto local, assimilando a proposta de um dispositivo de apoio e atenção aos pacientes no espaço da comunidade onde estão inseridos.

A avaliação dos CAPS envolve serviços com uma proposta inovadora, de interface com a Saúde Pública,

a Saúde Mental e a Clínica, tornando a avaliação um processo complexo, sujeito a diferentes propostas metodológicas utilizadas em conjunto, para melhor compreensão e efetivação dessa nova forma de assistência. O presente estudo teve como fonte de dados primária a informação obtida das entrevistas com os gestores do serviço, feito que supõe o risco de limitações relacionadas à veracidade de algumas informações por eles declaradas e que não puderam ser confirmadas em bases de dados. A análise de recursos humanos não considerou o tempo efetivo de assistência de cada profissional no serviço, tampouco realizou julgamento da qualidade ou efetividade das ações prestadas.

O estudo, inédito na região, indicou o atendimento de muitos critérios instituídos na implantação dos serviços de saúde mental, além de problemas comuns a vários CAPS. Seus resultados apontam a necessidade de adequação desses serviços e o estabelecimento de novos parâmetros necessários a seu funcionamento, dentro da lógica de organização das RAPS.<sup>4</sup> A avaliação dos CAPS revela-se primordial para a identificação dos objetivos pretendidos – e até então alcançados – pela atual política de saúde mental. Espera-se que este estudo, somado aos demais publicados, contribua para o reconhecimento da importância dos processos avaliativos dos Centros de Atenção Psicossocial.

### Contribuição das autoras

Silva SN e Lima MG contribuíram na concepção, delineamento do estudo, análise dos resultados, redação e revisão crítica de seu conteúdo. Ambas autoras são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

### Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2002 fev 12; Seção 1:31.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010.
3. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de saúde pública*. 2014 Mar;30(3):623-32.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito

- do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013 mai 21; Seção 1:37-38.
5. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. Saude Debate. 2015 jan-mar;39(104):88-101.
  6. Kantorski, LP. et al. Uma proposta de avaliação quantitativa e qualitativa de serviços de saúde mental: contribuições metodológicas. Saude Debate. 2009;33(82):273-82.
  7. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Saude Debate. 2014 abr-jun;38(101):368-78.
  8. Ministério da Saúde (BR).Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>
  9. Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. Rev Esc Enferm USP. 2009 dez;43(4):781-7.
  10. Oliveira MAF, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RMDA, Claro HG. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. Saude Debate. 2014 abr-jun;38(101):368-78.
  11. Lima FC, Schneider DR. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura. Rev Humanidade. 2013;4(6):39-64.
  12. Kantorski LP, Machado RA, Lemões MAM, de Quadros LdCM, Coimbra VCC, da Rosa Jardim VM. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. Cien Cuid Saude. 2012 jan-mar;11(1):173-80.
  13. Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev Saude Publica. 2009 ago;43supl 1:16-22.
  14. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La prensa Medica Mexicana; 1984.
  15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre os municípios brasileiros [Internet] 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [citado 2015 out15]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>.
  16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012 jan 27; Seção 1:45.
  17. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saude Publica. 2009 ago;43 supl 1:8-15.
  18. Kantorski LP, Jardim VMR, Quevedo ALA. Avaliação de estrutura e processo dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. Cienc Cuid Saude. 2013 out-dez;12(4):728-35.
  19. Ministério da Saúde (BR). Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
  20. Ronchi JP, Avellar LZ. Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi. Saude Soc. 2013 out-dez;22(4):1045-58.
  21. Alves HMC, Dourado LBR, Côrtes VNQ. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. CiencSaude Coletiva. 2013 out;18(10):2965-75.
  22. Pitta AME. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas Cienc Saude Coletiva. 2011 dez;16(12):4579-89.
  23. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
  24. Leal BM, De Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinariedade e intersetorialidade. Aletheia. 2013 abr;(40):87-101.
  25. Zanella CG, Aguiar PM, Storpirtis S. Atuação do farmacêutico na dispensação de medicamentos em Centros de Atenção Psicossocial Adulto no Município de São Paulo, SP, Brasil. Cienc Saude Coletiva. 2015 fev;20(2):325-32.

26. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2014 ago;19(8):3561-71.
27. Rodrigues DS, Carvallho MAAS, Ximenes VM. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da psicologia comunitária ao processo de desinstitucionalização. *Estud Pesqui Psicol*. 2011 dez;11(3):734-54.
28. Onocko-Campos RT, Furtado JP. 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. *Cad Saude Publica*. 2006 maio;22(5):1053-62.

Recebido em 07/09/2015  
Aprovado em 30/06/2016