UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

KAMILA DE OLIVEIRA BELO

# Percurso em saúde mental: avaliação do acesso ao tratamento nos CAPS III, no município de Campinas / SP.

*Evaluation of access to treatment in community mental health services, in the city of Campinas/SP.*

CAMPINAS – SP
2018

KAMILA DE OLIVEIRA BELO

# PERCURSO EM SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO NOS CAPS III, NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS / SP.

*EVALUATION OF ACCESS TO TREATMENT IN COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES, IN THE CITY OF CAMPINAS/SP.*

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento.

Dissertation presented to the School of Medical Sciences of the State University of Campinas as part of the requisites required to obtain the master's degree Public Health in Policies and Health Management, in Policy, Management and Planning.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

CAMPINAS

2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** Não se aplica.
**ORCID:** https://orcid.org/0000-0003-4534-602

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 6/8402

B418p

Belo, Kamila de Oliveira, 1988-
Percurso em saúde mental : avaliação do acesso ao tratamento nos CAPS III, no município de Campinas/SP / Kamila de Oliveira Belo. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Rosana Onocko Campos.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Serviços de saúde mental. I. Campos, Rosana Onocko, 1962-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Evaluation of access to treatment in community mental health services, in the city of Campinas/SP
**Palavras-chave em inglês:**
Mental health
Health services accessibility
Mental health services
**Área de concentração:** Política, Gestão e Planejamento
**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde
**Banca examinadora:**
Rosana Teresa Onocko Campos
Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco
Dario Frederico Pasche
**Data de defesa:** 21-02-2018
**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

# BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

**KAMILA DE OLIVEIRA BELO**

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**

**MEMBROS:**

**1. PROFA. DRA. ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS**

**2. PROFA. DRA. PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO**

**3. PROF. DR. DÁRIO FREDERICO PASCHE**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão da Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

**Data: 21/02/2018**

*Dedico este trabalho à tod@s lutadores, que diariamente lutam para transformar essa sociedade. Superando contradições, apostam em tornar suas vidas mais justas e equânimes, livre de todas as práticas manicomiais!*

# AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Rosana Teresa Onocko Campos, minha profunda admiração e respeito, professora que com muito cuidado e carinho me ajudou a trilhar o caminho e ultrapassar limites enquanto profissional, pesquisadora e ser humano. Agradeço Rosana pelas mudanças substanciais que me permiti viver nestes anos em que estou perto de você, sempre me encorajando e me apoiando em minhas escolhas, suporte com olhar crítico a sociedade, provocando revoluções. Obrigada pelos ensinamentos e por sua amizade.

Ao meu mentor e amigo Marcos Drumond Junior, que mudou e mobilizou meus afetos científicos, tornando a escrita mais afetiva e transformadora. Agradeço por toda receptividade na Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo, pelas longas manhãs de debate e imersão no universo de dados em saúde. O seu apoio neste trabalho foi decisivo para minha imersão no tema e planejamento de novos rumos profissionais. Sou muito grata pelas colocações firmes e bem direcionadas quanto à construção de um projeto de vida e um projeto de mestrado. Muito obrigada pela disposição em estar comigo nesta empreitada e suportar junto comigo muitos devaneios.

Ao professor Dr. Gastão Wagner pelo convite de participação na pesquisa AcesSUS ampliando meus horizontes.

Aos meus pais, meu irmão e minha avó Reinalva que estiveram muito presentes, amorosos e atentos às minhas mudanças enquanto filha, irmã, neta e mulher nestes anos. O meu muito obrigada. Amo vocês, mais que a mim mesma!

Ao meu companheiro, André Melo, que entre leituras repetitivas das tantas linhas da dissertação, cafés, vinhos e muito amor, me acolheu em momentos difíceis desses anos e suportou as chatices e dramas, tornando minha escrita menos solitária. André, com você me sinto pronta para alcançar longas distâncias, obrigada pela ternura, afagos e paciência, além da teimosia em me fazer continuar.

Às minhas grandes amigas de movimento estudantil de enfermagem: Aline Gonçalez, Cristiane Tibúrcio e Juliana Turno, e meu amigo Hugo Almeida, que esteve sempre disponível madrugada adentro para me ouvir, e, que me socorreu por muitas vezes em sua casa, sempre com muita alegria.

Aos meus grandes amig@s trabalhador@s da saúde e lutadores Alessandra Figueiredo, Francisco Mogladouro, Larissa Rybka, Julia Ammorim, Santiago de Paiva e Tatiane Dimov que puderam me apoiar e me acompanhar neste processo, me dando luzes quando não podia enxergar.

Aos queridos usuários dos serviços de Saúde Mental que conheci, em especial a AFLORE: Luciano Lira, Sr. Amauri, Nilson, Roberto e Regina, com vocês aprendi à sensibilidade e a leveza de se viver a vida, a gana pela luta e o amor pelo próximo, é com vocês que mudaremos as estruturas. Por uma sociedade mais justa!

Ao Grupo de Pesquisa Interfaces (FCM/UNICAMP) do qual sou membro desde 2010, pela coerência, práxis e engajamento político, pelas possibilidades de crescimento, compartilhamento das experiências e aprendizados, pelos debates e discussões os quais foram fundamentais para realização desta dissertação.

Aos amigos do Grupo Interfaces Noemi, Rafael, Rodrigo, Alice e especialmente ao Carlos Eduardo (Cadu), que como grande amigo esteve comigo nestes anos, sempre nos momentos de mudança, tristezas e muita festa, mas também analisando criticamente e enriquecendo meu mundo acadêmico.

À Marcia Merisse apoiadora de Saúde Mental do Distrito Sudoeste, que tanto me abraçou, me aqueceu e fortaleceu neste processo, com debates críticos e um olhar para minha prática que me possibilitou suportar nestes quase dois anos um lugar enquanto trabalhadora e defensora dos direitos humanos neste município.

À equipe do CAPS AD SUDOESTE, meu atual local de trabalho, produtores de Boas Práticas no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, obrigada por todas as acolhidas, apostas e possibilidade de discussão construída em equipe, por suportar minhas mudanças de horário no trabalho, licenças e dispensas para realização desta pesquisa.

À equipe do Tear das Artes, que me acolhem diariamente com sua simpatia e me trazem tantas alegrias em tempos difíceis.

Aos movimentos sociais os quais construo e que me constituem enquanto ser humano e trabalhadora da saúde, defensora de um sistema público de saúde: Movimento por Moradia Vila Soma e Nelson Mandela, e o querido Fórum Popular de Saúde em Campinas, do qual sou membro fundadora. O meu muito obrigada!

*O rio que tudo arrasta, diz-se que é violento. Mas ninguém chama violentas às margens que o comprimem.*

*(Bertolt Brecht)*

# RESUMO

A REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA DEFINIU QUE A SAÚDE MENTAL DEVERIA SER LIGADA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE PERMITINDO ASSIM A PROMOÇÃO DE MODELOS ALTERNATIVOS, CENTRADOS NA COMUNIDADE E NAS SUAS REDES SOCIAIS. TAL DIRECIONAMENTO OBJETIVA TRABALHAR A ASSISTÊNCIA NA LÓGICA DA DESOSPITALIZAÇÃO FOCADA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE, DESENVOLVENDO AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO. ESTE TRABALHO LOCALIZA O CAPS III ENQUANTO ANALISADOR DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CARACTERIZANDO E RELACIONANDO O ACESSO A PARTIR DE UM OLHAR PARA O PERFIL DE USUÁRIO QUE TEM ACESSADO OS CAPS, AS DISTINTAS PORTAS DE ENTRADA E SAÍDA E A IDENTIFICAÇÃO DA INTER-RELAÇÃO ENTRE O CAPS III, A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO HOSPITALAR, A PARTIR DA PRODUÇÃO REGISTRADA. ASSIM, SERÃO LEVANTADAS AS BARREIRAS QUE CONSTROEM AS LACUNAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS CAPS, ABORDANDO A IMPRECISÃO DOS DADOS SOBRE A DEMANDA (O NÚMERO DE PESSOAS QUE PRECISAM DE TRATAMENTO) E SOBRE O ACESSO (O NÚMERO DE PESSOAS QUE RECEBEM EFETIVAMENTE O TRATAMENTO), OS QUAIS ATUALMENTE POSSUEM POUCO DESTAQUE NA PRODUÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE COLETIVA. TRATA-SE DE UM ESTUDO COM ABORDAGEM QUANTITATIVA, O QUAL UTILIZA INFORMAÇÕES GERADAS A PARTIR DOS DADOS SECUNDÁRIOS, OU SEJA, DA PRODUÇÃO REGISTRADA PELOS SERVIÇOS EM DIVERSOS BANCOS DE DADOS, NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.

**DESCRITORES:** SAÚDE MENTAL; ACESSO; SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.

# ABSTRACT

THE REORIENTATION OF THE PSYCHIATRIC CARE MODEL DEFINED THAT MENTAL HEALTH SHOULD BE LINKED TO PRIMARY HEALTH CARE, ALLOWING THE PROMOTION OF ALTERNATIVE MODELS CENTERED IN THE COMMUNITY AND IN THEIR SOCIAL NETWORKS. SUCH ADMINISTRATION AIM IS TO WORK THE CARE WHITHIN FAMILY AND COMMUNITY FOSTERED DISABILITIES, DEVELOPING PROMOTION, PREVENTION, TREATMENT AND REHABILITATION ACTIONS. THIS WORK IS INTENDED TO PLACE THE COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICE AS AN ANALYZER OF THE PSYCHOSOCIAL ATTENTION NETWORK, CHARACTERIZING AND RELATING ACCESS FROM A LOOK FROM THE USER PROFILE THAT HAS ACCESSED THE COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICE (CAPS), THE DIFFERENT INPUT AND OUTPUT DOORS AND THE IDENTIFICATION OF THE INTER-RELATIONSHIP BETWEEN COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICE, PRIMARY HEALTH CARE AND HOSPITAL CARE, FROM REGISTERED PRODUCTION. THEREFORE, THE BARRIERS THAT CONSTRUCT THE ACCESS TO HEALTH SERVICES LACQUER, ADDRESSING THE INACCURACY OF THE DATA ON THE DEMAND (THE NUMBER OF PERSONS NEEDING TREATMENT) AND ON THE ACCESS (THE NUMBER OF PEOPLE EFFECTIVELY RECEIVING THE TREATMENT), AND THAT CURRENTLY HAVE A LITTLE HIGHLIGHT IN ACADEMIC PRODUCTION IN COLLECTIVE HEALTH. TREATING A STUDY WITH A QUANTITATIVE APP.ROACH WHICH IS USED FROM INFORMATION GENERATED FROM SECONDARY DATA, OR FROM PRODUCTION REGISTERED BY THE SERVICES IN VARIOUS DATA BANKS, WITH THE POSSIBILITY OF GENERATING A STUDY THAT HAS INTERVENTIONS TO THE COLLECTIVITY, TAKEN FROM THE THEORY TO THE ACTIONS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH, IN THE CITY OF CAMPINAS.



**DESCRIPTORS:** MENTAL HEALTH; ACCESS; MENTAL HEALTH SERVICES.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Pirâmide dos serviços em Saúde Mental. OMS, 2008. .....17
Figura 2: Modelo de identificação dos locais de Origem do usuário, para acesso ao CAPS III. Campinas, 2016. 2017.....45
Figura 3: Modelo de análise dos dados levantados. Campinas, 2017. .....56
Figura 4: Mapa do município de Campinas com localização dos seis CAPS III. Campinas, 2017. .....59
Figura 5: Distribuição do percentual das médias de população em geral e usuários cadastrados, segundo CAPS III e por Distrito. Campinas, 2013-2016. .....60
Figura 6: Mapa síntese do Índice de Condições de Vida (ICV), baseado no Censo 2000 do IBGE. .....61
Figura 7: Distribuição (média) dos usuários em tratamento por raça/cor, segundo o CAPS III. Campinas, 2013-2016. .....65
Figura 8: Distribuição (média) de usuários em tratamento por faixa etária, segundo o CAPS III. Campinas, 2013-2016. .....66
Figura 9: Cobertura anual de CAPS III adulto pela população adulta (maior de 20 anos) por ano (por 10.000 adultos) - Indicador 5. Campinas, 2017. .....67
Figura 10: Cobertura de Equipes de Saúde da Família, por ano – Indicador 1. Campinas, 2013-2016. .....74
Figura 11: Percentual de usuários a partir da origem do encaminhamento (referência), segundo CAPS III - Indicador 7. Campinas, 2013-2016. .....78
Figura 12: Percentual de usuários a partir de seu destino (contrarreferência), segundo CAPS III - Indicador 8. Campinas, 2013-2016.....79
Figura 13: Relação entre graus de incapacidade e contextos de tratamento em serviços com metas pobres. .....83
Figura 14: Relação entre graus de incapacidade e contextos de tratamento em serviços com boas metas. .....83
Figura 15: Razão do número de profissionais psiquiatras, segundo CAPS III, por ano (por 1.000 habitantes) – Indicador 11. Campinas, 2013-2016.....86

Figura 16: Razão da soma do número de Profissionais não médicos (AS+PSI+TO), segundo CAPS III, por ano (por 1.000 habitantes) – Indicador 12. Campinas, 2013-2016. .....86

Quadro 1: Matriz de indicadores de Atendimentos Realizados nos Serviços. Campinas, 2017. .....51
Quadro 2: Matriz de indicadores de Ações de Rede dos Serviços. Campinas, 2017. .....52
Quadro 3: Matriz de indicadores de Cadastros dos Serviços. Campinas, 2017. .....52
Quadro 4: Matriz de indicadores de Cobertura dos Serviços. Campinas, 2017. .....53
Quadro 5: Matriz de indicadores de Estrutura dos Serviços. Campinas, 2017. .....53
Quadro 6: Matriz de indicadores de Internações Hospitalares. Campinas, 2017. .....54
Quadro 7: Modelo de Matriz, para o município de Campinas. Campinas, 2017. .....57
Quadro 8: Distribuição dos serviços, por população em geral e usuários cadastrados, segundo CAPS III, por Distrito e ano. Campinas, 2013-2016. .....60
Quadro 9: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016. .....75
Quadro 10: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano – Indicador 6. Campinas, 2013-2016. .....82
Quadro 11: Indicadores de avaliação de PTS e Práticas em Grupos dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016. .....88
Quadro 12: Indicadores de avaliação da crise nos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016. .....91
Quadro 13: Indicadores de avaliação de Articulação de Rede dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016. .....94
Quadro 14: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Hospitalar por ano. Campinas, 2008-2016. .....97
Quadro 15: Número de usuários que foram internados por diagnóstico de psiquiatria, por distrito sanitário e CAPS III, por ano (1.000 habitantes) – Indicador 21. Campinas, 2008-2015. .....97

# LISTA DE TABELAS

Tabela 1. O modelo de Matriz. .....41
Tabela 2. Distribuição percentual das usuárias adultas (maiores de 20 anos) em tratamento, segundo o CAPS III por ano. Campinas, 2013-2016.....63
Tabela 3. Distribuição de usuários em tratamento nos CAPS III, pessoas propensas a desenvolver TMSP e população geral, segundo CAPS III por ano. Campinas, 2013-2016. .....69
Tabela 4. Percentual dos usuários em acompanhamento nos CAPS III, segundo diagnóstico por ano – Indicador 4. Campinas, 2013-2016. .....71

# LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica em Saúde

AH – Atenção Hospitalar em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial 24 horas

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CHEO – Hospital Geral do Complexo Hospitalar Edivaldo Orsi

CHOV – Complexo Hospitalar Ouro Verde Edivaldo Orsi

CID 10 – Classificação Internacional das Doenças

CS – Centro de Saúde

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PA – Produção Ambulatorial

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa de Saúde da Família

PUC – Pontifica Universidade Católica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SM – Saúde Mental

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEADE - Fundação vinculada à Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de São Paulo

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUS – Sistema Único de Saúde

TMSP – Transtorno Mental Severo e Persistente

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

# SUMÁRIO


**1 INTRODUÇÃO** **16**

1.1 O ACESSO À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL 16

1.2 A LUTA PELA TERRITORIALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: O CAPS III 19

1.3 O CUIDADO PSIQUIÁTRICO EM HOSPITAL GERAL 23

1.4 O TRABALHO EM REDE: COMO O CAPS SE FEZ ELO 27

1.5 OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS 29

1.6 INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL 32

1.7 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: OS DADOS SECUNDÁRIOS NA SAÚDE MENTAL 34

**2 JUSTIFICATIVA** **37**

**3 OBJETIVOS** **38**

3.1 OBJETIVO GERAL 38

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 39

**4 MÉTODOLOGIA** **39**

4.1 O CAMPO 42

4.2 OS DADOS SECUNDÁRIOS 43

*4.2.1 Definição e pactuação de uma proposta mínima de análise* *47*

*4.2.2 Operacionalização e cálculo dos indicadores* *48*

*4.2.3 Elaboração da síntese dos dados coletados* *49*

*4.2.4 Análise dos dados* *55*

**5 RESULTADOS E DISCUSSÃO** **58**

5.1 INDICADORES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA 73

5.2 INDICADORES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA 78

*5.2.1 O Projeto Terapêutico Singular e Práticas em Grupo no CAPS III* *85*

*5.2.2 O acesso no CAPS III no momento da crise* *90*

*5.2.3 Articulação de Ações de Rede no CAPS III* *93*

5.3 INDICADORES DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR 96

**6 CONSIDERAÇÕES FINAIS** **100**

**7 REFERÊNCIAS** **103**

**APÊNDICES** **108**

**ANEXOS** **120**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O acesso à assistência em saúde mental

A decisão de acessar ou não o sistema de saúde mental é permeada de diversas questões, em sua maioria de ordem sociocultural e psicossocial. Ser mulher, idoso, estar solteiro, separado ou divorciado e estar desempregado são fatores associados, por exemplo, tanto a riscos de sofrer algum transtorno mental, quanto a maior probabilidade de consultar os serviços de atenção primária (GONÇALVES, 2015).

Não se pode esquecer das influências culturais que perpassam as escolhas dos sujeitos: *"essas construções culturais que organizam as interpretações e a vivência dos transtornos mentais, foco de vários estudos da etno psiquiatria, são cruciais para que o sistema de saúde formal seja, por exemplo, a agência terapêutica escolhida por alguém que se compreenda um paciente"* (KLEINMANN, 1978).

O tema do acesso à saúde tem sido debatido mundialmente, Thornicroft e Tansella (2010) apontam em suas pesquisas a necessidade de um maior investimento em indicadores, entre os níveis individuais, locais, regional/nacional que possam demonstrar a efetividade da atenção em saúde mental no território. Esses indicadores contribuiriam para o apontamento de melhores resultados para os usuários, nos serviços, permitindo que os gestores tenham uma visão mais clara sobre as suas necessidades (ANTONACCI, 2015).

Thornicroft et al (1999), definem ainda em seus estudos a acessibilidade enquanto uma característica do serviço, experimentada pelos usuários e seus cuidadores, a qual lhes permite receber cuidados **onde** e **quando** for necessário. Estes autores defendem que acessibilidade é um "princípio ético" em saúde mental, e propuseram alguns estudos comparativos sobre itinerários dos usuários e a inter-relação entre as suas diferentes portas de entrada para a assistência em Saúde Mental (BALESTRIERI, M. et al, 1994; THORNICROFT et al, 2001). Nestes estudos concluem que os componentes individuais dos serviços de saúde mental devem ser considerados como uma série de elementos inter-relacionados em que o comportamento de cada um afeta (direta ou indiretamente) todos os outros como uma forma de uma espécie de "sistema hidráulico".

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (2008), preocupada com a integração entre os serviços, desenvolveu um modelo para descrever a combinação ideal de serviços de saúde mental intitulado de *"A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental".*

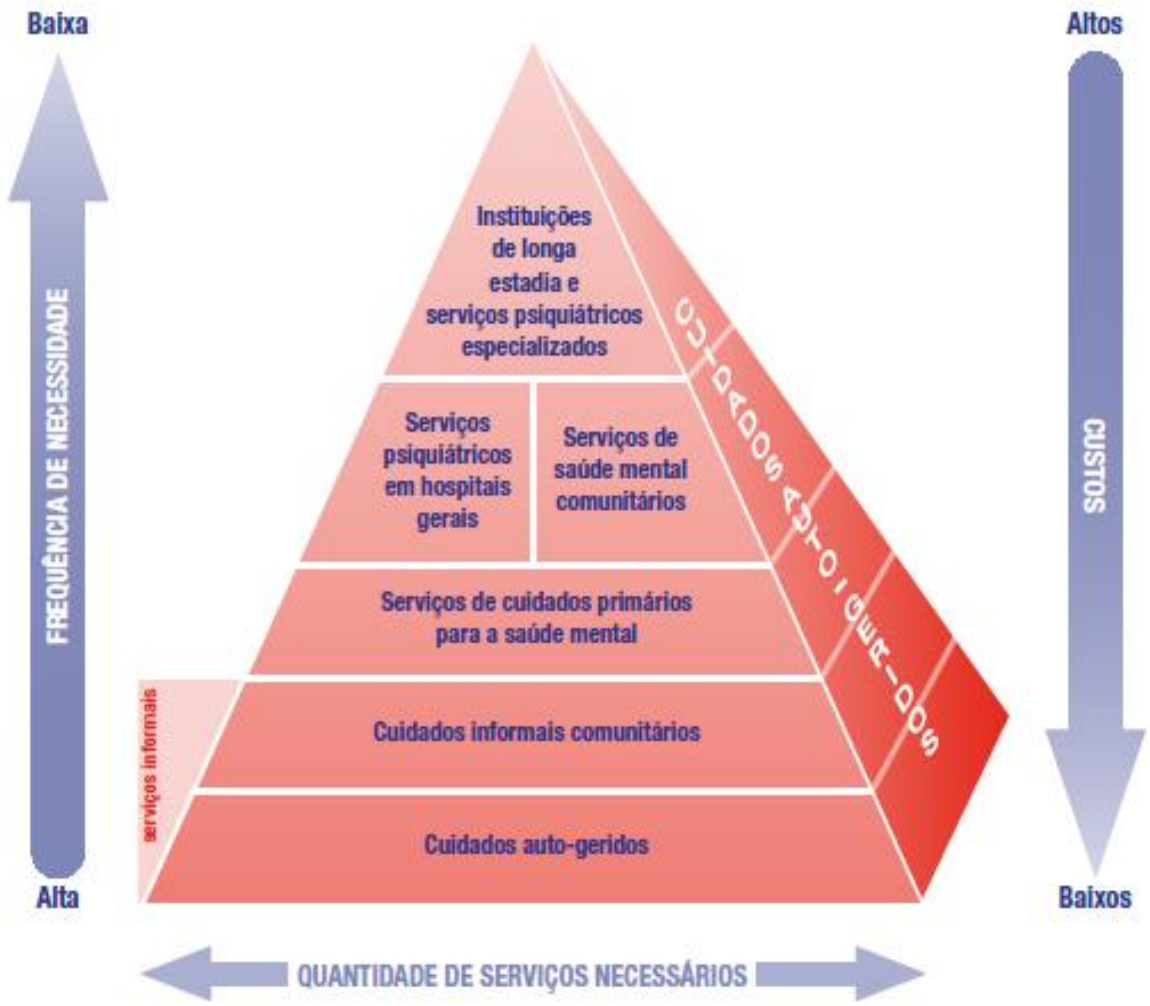



**Figura 1: Pirâmide dos serviços em Saúde Mental. OMS, 2008.**

A base da pirâmide, composta pelo autocuidado e o cuidado na comunidade, refere-se ao serviço informal que em conexão com o tratamento realizado pela atenção primária, comporia a base do tratamento em saúde mental.

Podemos notar também que os serviços primários em saúde, por estarem instalados na comunidade, podem realizar os "cuidados físicos e psíquicos" concomitantemente, o que gera um menor custo para a rede pública de saúde e, principalmente, diminui o estigma e o preconceito por parte de quem precisa de atendimento (CARVALHO, 2016), facilitando o acesso ao tratamento desses usuários.

No Brasil, os avanços nas políticas de saúde mental buscaram reverter o sistema de violações de direitos - manicomial (asilar, baseados na internação e no confinamento) - investindo na desinstitucionalização e na implantação de serviços territoriais, de base comunitária, com uma forte aposta na mudança no modo de tratar as pessoas com transtorno mental. Visando a garantia do tratamento e do acesso, nas últimas décadas, foram criados diversos dispositivos baseados na comunidade, formando uma rede de cuidados substitutiva ao sistema asilar e fundamentada na defesa dos direitos humanos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, leitos de retaguarda nos hospitais gerais, entre outros (CARVALHO, 2016).

Muito embora exista um esforço evidente do estado brasileiro em aumentar o acesso às ações de saúde e particularmente de saúde mental nos últimos anos, as discussões e pesquisas voltadas ao fácil acesso ao cuidado não são volumosas e se concentraram em torno da diretriz do acolhimento e da ampliação/qualificação da clínica, resultando em pouco acúmulo e certa subvalorização e/ou desvio do problema do acesso (TESSER e NORMAN, 2014).

São muitas as barreiras que constroem a lacuna no acesso e encontramos ainda outras lacunas quando pensamos no modelo de tratamento no campo da saúde mental, no qual uma porcentagem de pessoas que necessitam de tratamento não o recebe (GONÇALVES, 2015). Ainda há imprecisão dos dados sobre a demanda (o número de pessoas que precisam de tratamento) e sobre o acesso (o número de pessoas que recebem efetivamente o tratamento) reforçando a dificuldade de produção de políticas públicas específicas no que tange o acesso em Saúde Mental.

## 1.2 A luta pela territorialização da assistência em saúde mental: O CAPS III

A Organização Mundial de Saúde em 2001 já apontava que cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofreriam de transtornos mentais. Estimando que responderiam a cerca de 12% da carga mundial de doenças, enquanto o financiamento para a saúde mental, representava nos países em geral menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. Destes mais de 40% dos países careciam de políticas de saúde mental e mais de 30% não possuíam programas nessa área, ainda que os custos indiretos gerados pela desassistência, provenientes do aumento da duração dos transtornos e da consequente incapacitação, acabassem por superar os custos diretos (OMS, 2001).

Neste contexto, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, encontrou no SUS força política e ideológica para concretizar suas reivindicações e aproximar-se, de forma contundente, da saúde pública (BRASIL, 2004). O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) passaria então a ser parte integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) como resultante da Reforma Psiquiátrica, tendo como principal objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

No CAPS deve ser oferecido suporte social e clínico, para que o usuário seja potencializador de suas ações, preocupando-se com o indivíduo e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. A reorientação do modelo de atenção Psiquiátrica e de Saúde Mental teve um de seus momentos mais relevantes em 1990, na cidade de Caracas na Venezuela, quando as organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, conclamaram a Declaração de Caracas (CARACAS,1990). Nela ficou definido que a reestruturação da atenção psiquiátrica deveria ser ligada a Atenção Primária de Saúde permitindo assim a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e nas suas redes sociais. Para Modesto e Santos (2007) tal direcionamento objetivava trabalhar com a

lógica da desospitalização focada na família e na comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

No Brasil, a lei 10.216 (BRASIL, 2001), no seu 2º artigo traz em parágrafo único os direitos da pessoa portadora de transtorno mental que são: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde adequado às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

A lei traz ainda no artigo 3º que é responsabilidade do Estado, o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.

Com essa proposta de reinserção social do portador de transtorno mental, a responsabilidade se distribui entre a família e o SUS. As Diretrizes para a Saúde Mental na Atenção Básica (BRASIL, 2003) referem que, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados as diversas formas de sofrimento psíquico.

O relatório sobre a saúde no mundo (2001) elaborado pela OMS e OPAS, ao tratar da saúde mental, afirma que o manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental, que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços. O que não só proporcionou uma atenção melhor, como também reduziu o desperdício, resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Luzio e L'Abbate (2006) afirmam que a implantação de um projeto assistencial em saúde mental que privilegiasse o centro de saúde como porta de entrada, acarretaria na ampliação tanto das possibilidades de acesso do usuário, como da capacidade de resolução dos problemas de saúde mental da população.

Nesse contexto, Nunes et al (2007) afirmam que o Programa de Saúde da Família (PSF), por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família e não no indivíduo doente, trabalhando com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolvendo atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental, além de politizar as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania.

Tanaka e Ribeiro (2009) discutem que a atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental: o primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada deste tipo de problemática; o segundo compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados.

No entanto, perpassa um problema para atingir os propósitos da integralidade da atenção: a falta de preparação do profissional inserido nesse nível de atenção. Brêda e Augusto (2001) constatam que o modelo de atendimento ao portador de transtorno mental na Unidade Básica de Saúde, depara-se com uma dinâmica assistencial individual, passiva, pouco criativa, centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas.

Por fim, Campos et al (2007) afirmam que as equipes da atenção básica isoladas, sem suporte, apoio, para atender essa demanda, podem: adoecer, negar essas questões, não fazer um atendimento integral para sua população ou ainda, ter um aumento do sofrimento na sua região, entre tantas outras consequências.

Os cuidados primários de saúde mental, portanto, devem se dar integrados e são um componente fundamental na rede de atenção em saúde, sempre apoiados por outros níveis de cuidados incluindo serviços baseados na comunidade e serviços hospitalares (OMS, 2008).

Nesse sentido, o governo brasileiro elegeu os CAPS enquanto equipamentos com potencial para o apoio especializado às equipes de atenção primária em saúde, entendendo que os arranjos realizados no território (no nível local e individual) tem um maior impacto sobre a produção de saúde nas pessoas.

Assim, os CAPS não devem funcionar como equipamentos isolados na rede, ou como meros encaminhadores; mas devem produzir impacto sobre o território,

trabalhando o estigma e os preconceitos no processo de tratamento as pessoas com transtorno mental. Para tanto, se faz necessário um grande investimento em políticas que valorizem o estreitamento das ações entre o CAPS e a atenção primaria em saúde.

Sobre os CAPS III, esses são equipamentos construídos para atender uma população maior que 200 mil habitantes, funcionam 24 horas, diariamente incluindo finais de semana e feriados. Atendem pessoas com transtornos mentais persistentes e severos.

Segundo a Portaria 336/02, a equipe deve ser composta no mínimo por: 2 médicos psiquiatras e 1 enfermeiro com especialidade em saúde mental, 5 profissionais de nível superior de outras categorias (psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, etc.) e 8 profissionais de nível médio (técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão) (BRASIL, 2002, 2004).

Porém, observa-se que a realidade de contratação de pessoal para trabalhar neste serviço não prioriza a especialização, temos enfermeiros e profissionais de nível médio sem qualquer formação ou capacitação para atuar na área de saúde mental ou mesmo trabalhando em situação limite, com falta de infraestrutura e recursos adequados, principalmente no que diz respeito a recursos humanos (BELO, 2012).

Percebemos também que o serviço sofre hoje, com a alta rotatividade de profissionais que ali atuam, produzindo efeito negativo sobre o tratamento dos pacientes, que não criam vínculos, ou mesmo têm seus acompanhamentos interrompidos, sem previsão de continuação das atividades por outro profissional, ficando a maioria das vezes desassistidos (BELO, 2012).

É importante ressaltar que o CAPS tem a função de ser um importante analisador da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS), assim como propõe a política de Saúde Mental Brasileira, e será tomado neste trabalho como central para entender a dinâmica do acesso. Através do funcionamento dos equipamentos CAPS e de seu potencial para a abordagem em rede, analisaremos também as possibilidades de atuação para a reabilitação psicossocial, e a integração com os demais pontos da rede.

Em resumo, para entendimento da dinâmica do acesso, retomarei o conceito a partir da ótica das “Boas Práticas em Saúde Mental” (THORNICROFT;

TANSELLA, 2010) que elege o acesso enquanto princípio ético, do qual tratarei mais adiante neste trabalho.

### 1.3 O cuidado psiquiátrico em Hospital Geral

Desde a chegada da família real ao Brasil, e com surgimento de diversas doenças, o “sanitarismo campanhista” ganha destaque no Brasil com a pretensão de resolver os problemas imediatos das doenças (MENDES, 1996). Neste bojo, as autoridades passam a retirar a loucura dos espaços sociais, iniciando o processo de asilamento dos loucos no Brasil, em 1841, no Rio de Janeiro, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, inaugurado como uma tentativa de assistência aos loucos nos moldes da medicina europeia da época (CERQUEIRA, 1984; AMARANTE, 1994).

No curso da história do estado Brasileiro, o processo de industrialização deslocou a economia para os centros urbanos e aumentou a preocupação na reclusão de desordeiros, alcoólatras, mendigos ou indesejáveis aos asilos, e as duas primeiras Colônias de Alienados são criadas (AMARANTE, 1994).

Em 1903 foi aprovada a lei federal nº 1.132 de assistência a alienados (BRASIL, 1903) que faz do asilo o único lugar para receber os considerados alienados, subordinando sua internação ao parecer médico. Assim, a situação dos hospitais psiquiátricos era de superlotação, maus tratos e ausência de medicação específica, pois os neurolépticos só chegaram ao país em 1955 (SILVA, BARROS, OLIVEIRA, 2002).

Aqui no Brasil o golpe de 1964 repercutiu sobre a psiquiatria, que passou a lucrar com as práticas privadas de atenção em saúde e que mais tarde foi chamada de “indústria da loucura” (AMARANTE, 1994). Neste momento ocorreu a maior expansão do número de hospitais psiquiátricos privados financiados por recursos públicos da história do Brasil.

A política de asilamento da loucura é fortalecida culturalmente na sociedade, tornando-se um paradigma muito difícil de ser rompido. A partir destes marcos, esconder a loucura nos espaços dos hospitais psiquiátricos acabou sendo lucrativo e uma forma simples de manter os loucos longe da sociedade (ANTONACI, 2015).

Os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica ganharam corpo em meio ao cenário de redemocratização, e a proposta de serviços orientados para práticas substitutivas à internação psiquiátrica ganhou espaço de discussão pública (AMARANTE, 2008).

Um novo modo de cuidar do sofrimento humano foi proposto. Em 1989, surgiam os primeiros CAPS com funcionamento 24 horas no Brasil - os NAPS - Núcleos de Apoio Psicossocial - na cidade de Santos. Esses nascem como uma possibilidade de permanência sob os cuidados das equipes também nos momentos de crise. O leito noite nos Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS 24 horas), de caráter territorial e comunitário, surgiu no cenário brasileiro como recurso substitutivo ao modelo asilar dos Hospitais Psiquiátricos, para manter os usuários em seu momento de crise em *"contextos de vida comunitária com a prerrogativa de promoverem transformações para além do campo da saúde, mas também nos campos da cultura e da política"* (SANTOS, 2015).

Os serviços de atenção psicossocial surgiram então, para atenderem a demanda de ofertar um cuidado intensivo e contínuo, principalmente no que tange o cuidado à crise. Na formulação das Políticas Públicas de Saúde Mental, não são poucos os fóruns que se destinam a tratar do tema do manejo a crise e do seu lugar de tratamento (SANTOS, 2015; MAGALHÃES, 2016).

Magalhães (2016) pontua que *"as crises são a porta de entrada para o circuito da saúde mental"*. Compreende dessa forma, que o momento de crise no CAPS pode ser um analisador para avaliação da Sustentabilidade do serviço e das condições de possibilidades para um projeto de atenção no território, baseado na premissa do direito de enlouquecer e ser cuidado em liberdade. A autora defende que ao tratar um sujeito em um momento de crise, dentro do paradigma da reforma psiquiátrica, não se trata de *"negar a necessidade da internação enquanto recurso terapêutico, mas, de estabelecer os limites de um serviço e da rede e, assim, delimitar suas responsabilidades"* (125pp.).

Magalhães (2016) compreende o CAPS, não como substitutivo ao hospital psiquiátrico, mas sim como parte de uma rede diversificada de serviços e dispositivos territoriais que possam dar conta da complexidade do sofrimento psíquico, potencializando os recursos existentes na comunidade e produzindo fluxos de tratamento singulares e não protocolares.

> *"A urgência das situações de crise está na contramão de trajetórias burocráticas e cansativas pelos serviços de saúde em busca de atendimento, sem muitas vezes encontrar a resposta. Essa maratona pelos serviços, além de colocar em xeque a rede existente, faz como que a falta de atendimento imediato, transforme o momento de crise emocional, que poderia ser transitório, numa prática desnecessária de encaminhamento para a internação e reclusão hospitalar" (MAGALHÃES, 2016, 122pp.).*

Mas, então, qual seria o papel dos Hospitais Gerais no tratamento destes sujeitos?

É preciso lembrar também que a partir de meados de 1930, o panorama mundial começou a mudar no contexto hospitalar. Em alguns países, principalmente nos Estados Unidos, os Hospitais Gerais (HG) passaram a atender pacientes com transtornos mentais, em alas psiquiátricas específicas no interior do próprio hospital (PAES et al, 2013).

Este novo modelo assistencial, baseado no tratamento em enfermarias psiquiátricas, foi impulsionado no período pós 2ª Guerra Mundial, quando era necessário tratar soldados que possuíam agravos físicos e psíquicos. Assim, a inclusão da psiquiatria no Hospital Geral tornava-se um novo paradigma, com a ampliação progressiva da inclusão de aspectos psíquicos, comportamentais, sociais e culturais, conjuntamente aos biológicos na assistência às pessoas com transtorno mental no HG (DE MARCO, 2007).

A estrutura complexa contida nos HG e a ação do trabalho em equipe multiprofissional dão a dimensão da possibilidade de se ofertar cuidado humanizado, integral e de qualidade às pessoas com transtorno mental (PAES et al, 2010). Nestes serviços o tempo de internação, sua porta de entrada e alta hospitalar são regulados e negociados junto aos equipamentos que acompanham o usuário no território, garantindo a integralidade e continuidade do cuidado na crise.

O papel do Hospital Geral fundamentado no modelo psicossocial configura-se em uma nova visão relativa à pessoa com transtorno mental e seu tratamento e remete à perspectiva da integralidade da pessoa, levando em consideração sua multidimensionalidade, abrangendo a participação da sociedade e da família e do próprio usuário enquanto coparticipante em seu tratamento e reabilitação psicossocial (PAES et al, 2013).

É importante destacar que no Brasil, a intensa luta da Reforma Psiquiátrica para a transformação e implantação de novos dispositivos para o acolhimento das urgências, não conseguiu modificar totalmente o conservadorismo do modelo operacional padronizado apoiado na contenção mecânica e medicamentosa, podendo estar associado ao isolamento temporário nos hospitais (MAGALHÃES, 2016).

Para tanto, são necessários saberes complexos, plurais e intersetoriais, constituídos a partir de redes de atenção, que neste trabalho, não são entendidas como apenas um conjunto de serviços ocupados por equipes assistenciais, mas sim como um complexo de equipamentos sanitários e/ou não, com práticas adequadas, acessíveis e empenhadas em garantir a entrada no sistema, a continuidade da assistência, e a ampliação da oferta para os grupos que ainda se encontram fora do sistema de atenção (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; OMS, 2001).

Quando ainda pensamos a nossa rede hospitalar assistencial, precisamos pontuar que o Brasil é hoje um país que conseguiu realizar a experiência da transferência de recursos, antes destinados ao manicômio, para investimentos em serviços pautados na assistência comunitária, ou seja, centrados no território (ANTONACI, 2015).

Este Passo foi fundamental para o avanço na construção de uma rede bem estruturada com dispositivos de atenção que deem conta de atender ao usuário com transtorno mental ONDE e QUANDO necessitar, de forma integral e humanizada; serviços esses que devem possuir equipes robustas, compostas de maneira em que a psiquiatria é tão importante, quanto a enfermagem, a psicologia, o serviço social, a terapia ocupacional e tantas outras disciplinas que devem trabalhar segundo a lógica da clínica ampliada e compartilhada (CAMPOS, 2017).

## 1.4 O trabalho em rede: como o CAPS se fez elo

Para assegurar atendimento integral às necessidades de saúde, o CAPS deve se aliar a Atenção Básica a Saúde precisando integrar-se em rede de atenção especializada ambulatorial e hospitalar de alta e média complexidade. Pelas diretrizes do SUS, estes serviços deveriam se organizar segundo a lógica da regionalização e do funcionamento integrado em sistema. Grande esforço tem sido realizado para a gestão dessa complexa rede de serviços, objetivando assegurar atendimento em tempo adequado às condições de saúde que dependem de intervenções especializadas.

Thornicroft et al (1999), a partir de seus estudos sobre itinerários (pathways) terapêuticos e acessibilidade (BALESTRIERI, M. et al, 1994; THORNICROFT et al, 2001), realizados entre 1991 e 1999 em Verona (Itália), exemplificam que uma proporção crescente de pacientes com insônia e distúrbios somáticos, apresentaram-se primeiro aos GPs (general practitioner), ao mesmo tempo em que uma proporção decrescente de pacientes ao longo dos anos procurou cuidados diretamente em serviços especializados. Houve aí uma demonstração do papel dos GPs, como reguladores (*gatekeepers*) do cuidado em saúde mental, melhorando o tempo de espera para início da assistência em saúde mental.

É importante perceber que, na Itália, é instituída uma abordagem de crescimento progressiva da assistência nos centros de saúde mental (que são o alicerce dos serviços psiquiátricos na comunidade), e que os pacientes podem se dirigir diretamente a serviços especializados, sem necessariamente receberem cuidados assistenciais anteriormente por médicos de família, na atenção primária.

Para manutenção das relações entre os cuidados primários e secundários, são realizadas reuniões em intervalos regulares, entre médicos de clínica geral para discutir como melhorar a colaboração entre os serviços de atenção primária e de saúde mental (TANSELLA et al, 1998), o que se assemelha ao matriciamento no Brasil.

Esses autores salientam que o tema de acesso pouco foi trabalhado nas pesquisas em Saúde Mental no mundo e ainda é preciso aprimora-las. No Brasil as dificuldades em se construir uma rede inter-relacionada e integral de cuidado em

saúde são evidentes. Como discutido anteriormente, os obstáculos apontados são vários.

No Brasil, também há grande esforço para melhorar esta realidade e um arranjo importante para desburocratizar o sistema de referência e contra referência é o Apoio Matricial. O Matriciamento tem como proposta garantir o suporte especializado (técnico) na forma de um apoio, buscando personalizar os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. *"Esse apoio alimenta o desenvolvimento técnico profissional no núcleo disciplinar de cada um, reduzindo as tensões que os poderes oriundos do saber especializado produzem nos componentes de uma equipe"* (CAMPOS e DOMITTI, 2007, 200pp.).

É precisamente a lógica centrada no encaminhamento ao especialista, seguida do rompimento do acompanhamento na Atenção Básica e o sistema de referência e contrarreferência, que produz encaminhamentos consecutivos e que se traduzem, usualmente, em desresponsabilização e alienação dos profissionais em relação ao objetivo primordial de seu trabalho, que é a produção de saúde, que o Matriciamento visa aprimorar.

Em geral, ao matriciamento atribui-se a função de amenizar a fragmentação do sistema e da gestão, o principal obstáculo para adequação do fluxo de casos, além da dificuldade de integração entre rede básica e serviços de média e alta complexidade.

Além disso, uma das ações que devem ser realizadas na lógica do Apoio Matricial é a regulação de fluxo no sistema. Assim, acredita-se que a partir da construção compartilhada de protocolos e de diretrizes clínicas e sanitárias, seria possível definir os casos que podem ser acompanhados na Atenção Básica (com apoio do especialista) e os casos que deverão ser atendidos no nível especializado, diminuindo os encaminhamentos desnecessários e, consequentemente, as filas de espera (CAMPOS, 2005).

Este trabalho, por tanto, apoia o modelo de atenção psicossocial que tem a potencialidade de produzir boas práticas na atenção à saúde mental e que devem ser constantemente avaliadas e utilizadas com um importante papel nas decisões que estruturam o sistema de saúde, indicando os fluxos, os entraves e os avanços em termos de organização da atenção em saúde mental, a fim de alcançar os melhores resultados para o sujeito com transtorno mental.

## 1.5 Os Cuidados em Saúde Mental no Município de Campinas

Na elaboração de caminhos para repensar as boas práticas de cuidado dos serviços de saúde mental, elejo Campinas enquanto um município inovador na área. Com a implementação dos CAPS na década de 1990, este município ampliou sua rede rapidamente, e em 2001 já possuía equipamentos com funcionamento 24 horas por dia (CAPSIII), o que provocou e continua provocando intensas mudanças na forma de acolhimento à crise dos usuários, na relação com os leitos de internações, os "leito-noite" (Acolhimento Noturno) integrados ao funcionamento dos próprios serviços, e aquecendo debates intensos no restante do Brasil.

Para tanto, destaco a pesquisa realizada nos CAPS III da cidade de Campinas, em 2006 (ONOCKO et al, 2013). Essa pesquisa, parte de um desenho participativo e construiu alguns indicadores que possibilitariam pensarmos os serviços CAPS nesta rede.

Nessa pesquisa (ONOCKO et al, 2013) foram apresentados alguns pontos de força e de fragilidade dos serviços, segundo as narrativas de profissionais, usuários e familiares de diversas origens e ligações institucionais, a partir das quais forma elaborados indicadores de boas práticas, no que tange as seguintes dimensões: atenção ao usuário em momentos de crise , o projeto terapêutico individual e o profissional de referência, as práticas de grupo, a gestão, a concepção de CAPS, a articulação da rede, a formação profissional e o sofrimento psíquico e os efeitos da institucionalização dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica nos CAPS.

Esse trabalho me guiará como parâmetro de boas práticas em saúde mental na produção de ações para esses serviços. Entre os principais resultados desse trabalho destaco:

A crise foi traduzida por duas concepções, uma como momento de extrema fragilidade que pode ser aproveitado para a recuperação do paciente e a outra como momento de emergência de sintomas que deveriam ser aplacados. Em relação a isso, a pesquisa destacou como pontos fortes: a permanência do usuário junto à mesma equipe, nos momentos de crise, estabelece importante e positivo diferencial da atenção intensiva oferecida pelos CAPS III em relação ao modelo centrado nos hospitais e prontos-socorros psiquiátricos, e mesmo a assistência prestada pelos CAPS II. Em relação aos pacientes e seus familiares, destacou-se o papel dos CAPS

e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no acolhimento a crise. Essa eficácia reconhecida pelos usuários e familiares contrasta com a visão de dificuldades nas parcerias que se têm entre os diversos profissionais (ONOCKO et al, 2013).

Nas fragilidades, ainda em relação à assistência no momento de crise, destacam que os CAPS III não apresentam, sobretudo à noite e nos finais de semana, estrutura para o atendimento requerido por pacientes ainda não conhecidos pelo serviço e que se apresentem em crise. Este fato é reforçado pela própria estruturação das equipes, já que ficam reduzidas a enfermagem e suporte médico à distância em quase todos os CAPS. Os critérios utilizados para a indicação de uso de leito noite pelas equipes dos CAPS carecem de objetivação por parte dos operadores dos serviços e dos coordenadores da rede municipal de saúde mental, além de divergências sobre a concepção do que seja “crise”, o que difere entre serviços e mesmo entre as diferentes categorias profissionais de um mesmo serviço (ONOCKO et al, 2013).

Onocko et al. (2013) apontam que o uso da atenção hospitalar pelos CAPS III, também é um recurso na crise, justificado na maioria das vezes pela alta ocupação dos chamados leitos noite, esta indicação, aconteceu na totalidade dos CAPS III avaliados na ocasião, e apontou para um déficit no acompanhamento sistemático e na regulação dos leitos pelos fóruns de gestão da rede de saúde mental.

No quesito Projeto terapêutico individual (PTI) e profissional de referência apontou-se “*a elaboração de um plano propositivo e de acompanhamento dos pacientes é um instrumento assimilado e consolidado nos serviços. A organização do trabalho em subgrupos de profissionais específicos (miniequipes de referência) para determinados pacientes tem garantido a responsabilização e melhor conhecimento de cada caso, servindo também para atenuar o frequente rodízio dos profissionais médicos”* (ONOCKO et al, 2013, 402pp.), onde prevalece à prática de divisão de certo número de usuários por profissional do serviço.

Entre as Fragilidades encontradas em relação ao tema acima, destaco “*a relação no número de pacientes por profissional de referência (em média 30 por 1), em contínua progressão*” (p.402), o que tende a dificultar a particularização do acompanhamento dos casos. Inexistem avaliações periódicas que permitam identificar se há pertinência do PTI ao caso clínico e sua singularidade ou se, ao contrário, ele reflete especialmente as ofertas existentes no serviço e/ou valores e percepções estritas dos trabalhadores (ONOCKO et al, 2013, 402pp.).

Sobre as Práticas de Grupos, foi encontrado que "*todos os CAPS desenvolviam práticas grupais, na forma de grupos abertos ou fechados" (403pp.)*. Na perspectiva dos usuários, os grupos têm as funções de aprendizado, de constituir amizades, ajudar o outro, compartilhar dificuldades, de sentir-se útil e de superação; na perspectiva dos trabalhadores, os grupos também são importantes, contudo, há pouca ou nenhuma discussão sobre os propósitos de cada grupo e na perspectiva das famílias, os grupos de familiares são importantes como forma de ajuda e suporte (ONOCKO et al, 2013).

A Concepção de CAPS e a Articulação na rede: nesta pesquisa os usuários e familiares da rede de Campinas, avaliaram-na como continente. "*Do ponto de vista dos familiares a atenção domiciliar (mesmo na crise)" (404pp.) é valorizada e propicia o vínculo com a equipe*. Mas encontraram diferenças no funcionamento destes CAPS quando muda seu modelo de gestão (direta ou privada): na administração direta da secretaria municipal de saúde têm-se mais facilidade em estabelecer parcerias com a rede de saúde (UBS); ao passo que os CAPS sob administração direta do Cândido Ferreira[1] (ONG) têm mais facilidade na gestão de necessidades cotidianas (administração de recursos, manutenções, etc. (ONOCKO et al, 2013)).

Ainda no que diz respeito à concepção de CAPS, a pesquisa demonstrou divergências sobre os serviços CAPS, polarizando, sobretudo, o papel "alternativo" ou "substitutivo" ao manicômio, o que acarreta diferenças significativas no número de pacientes encaminhados para a internação psiquiátrica. O número bem maior de internações realizados nos CAPS que pertencem à mesma ONG que administra a enfermaria psiquiátrica aponta para a importância de criar mecanismos de regulação para as internações psiquiátricas e a estimulação para a existência de leitos em hospital geral quando as condições clínicas dos pacientes assim o requeiram (ONOCKO et al, 2013).

---

*[1] Muitos CAPS no município de Campinas eram administrados pela ONG - Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, em contrato de ente de co-gestão com a Prefeitura Municipal. Esta também administra a única enfermaria de psiquiatria localizada em seu Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira. De abril a julho de 2015 houve o fechamento de 22 leitos do hospital, sendo eles: 6 leitos clínicos, 6 leitos 72 horas e 10 leitos de internação. Em 07 de julho de 2015 o hospital passou a ofertar 40 leitos de internação integral para usuários em crise, não mais separados por diagnóstico (MAGALHAES, 2016). Este hospital foi desativado em agosto de 2017 e hoje a rede de Campinas conta com apenas uma enfermaria de Saúde Mental, localizada no Hospital Geral do Complexo Hospitalar Edivaldo Orsi (CHEO/CHOV).*

Outro fator importante encontrado é que "*os coordenadores de Unidades Básicas têm uma ideia limitada e frequentemente distorcida do que seja um CAPS, independentemente de que sua Unidade faça muitos ou poucos encaminhamentos à saúde mental" (405pp.)*. Os agentes comunitários de saúde (ACS do PSF) estudados não conheciam os CAPS e nem sua concepção, mas realizam numerosas atividades relacionadas à saúde mental baseando-se no próprio senso comum, na boa vontade e no seu compromisso com a população (ONOCKO et al, 2013).

Assim, são muitos os desafios a serem superados e que pontuo como necessários para melhoria da qualidade no acesso em saúde mental. Para pensar o lugar do CAPS na rede, é preciso que pensemos também as diversas conexões para um acesso a esse equipamento.

Onocko et al. (2013) constataram com sua pesquisa avaliativa para CAPS III em 2006 que há *"uma necessidade urgente de um banco de dados com informações referentes à clientela, recursos humanos, estrutura física e organizacional, entre outros, permitindo a visualização de aspectos da clínica do CAPS(...)"* (340pp.), um caminho que possibilitaria um aumento da clareza nas ações de planejamento nos CAPS e evidenciariam características locais com embasamentos epidemiológicos que pudessem responder a demandas do planejamento das ações nos serviços.

Neste trabalho destacarei alguns itens, dentre os citados acima, de atenção ao usuário que nos ajudariam a pensar a proposta de avaliação da rede de Saúde Mental dentro do CAPS: a crise, o projeto terapêutico individual, o trabalho em grupos e a concepção de CAPS e articulação da rede.

## 1.6 Indicadores para avaliação dos serviços de Saúde Mental

Indicadores de Saúde visam de maneira geral fornecer um panorama geral da situação de saúde de uma dada região (OPAS, 2008). Aqui destaco o papel da

Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), a qual tem por função sistematizar informações úteis para a compreensão da realidade sanitária brasileira e suas tendências. Esta Rede define os indicadores enquanto "*medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde*" (OPAS, 2008, 13pp.).

Indicadores de Saúde são importantes dispositivos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas todos os dias pelos serviços (OPAS, 2008).

Onocko et al. (2017) conceituam também que os indicadores são uma expressão, frequentemente numérica, simples e confiáveis de medir ou informar sobre um fenômeno, e explicam que *"o indicador nunca é a coisa em si, mas sempre uma aproximação ou mesmo tradução de aspectos de algo que nos interessa"* (ONOCKO et al, 37pp.). Assim, apontam que os indicadores servem para traduzir ou indicar um estado, movimento ou mudança nos fenômenos que pretendemos monitorar ou avaliar.

Esses autores salientam que os indicadores somente ganham sentido e valor quando utilizados no âmbito em que foram gerados, afinal, se não forem legitimados e consensuais entre aqueles que efetivamente usarão, os indicadores serão praticamente inúteis como instrumento de diálogo, geradores de compromissos e monitoramento. Por fim, os autores defendem que indicadores estão atrelados a equivalentes nem sempre mensuráveis, ou seja, que os indicadores seriam equivalentes empíricos de conceitos (ONOCKO et al, 2017).

Assim, quando "*gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis*" (OPAS, 2008).

Quando da proposta de metodologia mais sistematizada para as ações em saúde mental, é importante que a tarefa acompanhe a posição ético-política de defesa da política pública e da Reforma Psiquiátrica, principalmente pela área que é caracterizada por ações subjetivas que atravessam os sujeitos que acompanham e seus trabalhadores. Onocko et al (2017) pontuam que na *"compreensão do particular e do singular, os trabalhadores dessa área podem apresentar estranhamentos, menor permeabilidade às tentativas de objetivação e sistematização numérica de suas práticas em torno de indicadores"* (ONOCKO et al, 2017, 30pp.).

Os autores defendem ainda que *“o compromisso com a contínua qualificação das novas respostas sociais às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes no Brasil tornam inexorável que o CAPS e demais serviços da Reforma sistematizem modos de interlocução com segmentos especializados da sociedade e com a população em geral, estabelecendo uma linguagem minimamente comum” (*ONOCKO et al,2017, *40pp.)*.

São muitos os desafios para alcançar as boas práticas em saúde mental nos serviços, e uma parcela considerável destes estão ligadas a percepção de que os indicadores de saúde mental ainda são muito frágeis, acarretando em uma defesa inconsistente e não muito clara do que se pretende e de aonde se quer chegar no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Este estudo se torna importante na medida em que tenta pontuar que é possível avaliar práticas em saúde mental a partir de dados secundários e pretende, de alguma forma, contribuir fornecendo evidências de que o cuidado realizado no território traz maiores benefícios (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A organização de alguns indicadores avaliativos pode ser fundamental para a gestão da clínica de cada equipe de referência; outros, para o gestor local/distrital/municipal do serviço (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Neste sentido, este trabalho é um esforço em demonstrar a necessidade de construção de modelos que auxiliem na avaliação e monitoramento, respeitando a transparência dos dados e aproveitando informações disponíveis oriundas das práticas nos serviços de saúde mental.

## 1.7 O Sistema de informação em Saúde: os dados Secundários na saúde mental

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) foram desenvolvidos e implantados pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil, e cada vez mais têm se tornado ferramentas necessárias para gestão loco regional do sistema de saúde (DRUMOND, 2016).

A descentralização das ações, dos serviços e da gestão, impulsionada na década de 1990 no Brasil, teve como um de seus resultados a evolução nos conceitos de informação em saúde e de epidemiologia nos serviços de saúde. Neste momento, a epidemiologia passa a ser reconhecida, como recurso estratégico para a construção e consolidação do SUS e as informações contidas nas bases de dados nacionais tornaram-se necessárias para as formulações e avaliações de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde da população (DRUMOND, 2006).

A disponibilização gratuita e em meio eletrônico, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), dessas bases de dados sem as variáveis identificadoras, impulsionou sua utilização para análises epidemiológicas (DRUMOND et al, 2009).

A epidemiologia, ganha neste cenário papel de destaque para contribuições teóricas e metodológicas, analisando, produzindo e fornecendo informações que instrumentalizem e monitorem informações cotidianas, aprofundando análises, buscando a melhoria da qualidade das informações, disponibilizando os dados para toda a sociedade interessada e divulgando informações que possam contribuir para a denúncia e transformação do quadro atual (DRUMOND,1999).

Na saúde mental, a partir da constituição da portaria 854/SAS, de 22/08/2012 foi possível iniciar uma proposta de sistematização das ações em saúde mental e também sobre a complexidade do serviço. Essa portaria altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, possibilitando a qualificação dessas informações.

A partir desta portaria três instrumentos de informação para os novos procedimentos foram implementados: 1) O RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, com um formulário próprio para a atenção psicossocial, onde é possível registrar ações de cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade; 2) BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado, a qual registra o acolhimento inicial por CAPS; e 3) BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado do qual as ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado são processadas (BRASIL, 2013).

O RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), instituído em 30 de março de 2012 pela Portaria nº 276, tem por objetivo o monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde; passa agora a ser o principal instrumento de registro para os CAPS.

O RAAS tem a intenção de instituir uma nova lógica de registro da produção realizada pelos CAPS, propondo procedimentos potencialmente mais sensíveis ao atendimento das diretrizes de funcionamento destes serviços. Para o Ministério da Saúde, essa nova forma de registro veio para qualificar as informações sobre as ações do CAPS, em cada município, o qual deve fazer uso destas informações para refletir sobre sua pratica e atuação, visando qualificar seus serviços de saúde mental (BRASIL, 2013).

Essa nova maneira de registro, se configuraria segundo Ministério da Saúde em *"uma ampliação da lógica de atuação e de validação das ações e informações dos serviços",* sendo capaz de *"pôr em análise os processos de trabalho destes serviços, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial e centrado no usuário"* (BRASIL, 2012)

Na área da saúde, a construção de sistemas de informações epidemiológicas que efetivamente contribuam para a elaboração e condução de políticas sociais é desafio ainda em processo. As inadequações são de diversos tipos. Muitas vezes, as informações produzidas se restringem a uma visão genérica de grandes unidades geográficas, com acesso restrito aos níveis centrais do sistema de saúde. Mesmo neste nível, é comum que as informações não sejam analisadas, e mesmo quando isto ocorre, utilizam-se indicadores tradicionais e gerais, incapazes de especificar os problemas de maneira a orientar as ações para seu enfrentamento. Os níveis descentralizados do sistema, por sua vez, têm grandes dificuldades de acesso às informações que lhe permitam conhecer a sua realidade específica, o que é agravado pelo processamento centralizado e disponibilização tardia, impossibilitando o desencadeamento de intervenções imediatas (DRUMOND, 2016).

Drumond Junior (2016) alerta também para o problema nos níveis descentralizados do sistema, nos quais a carência de projetos e metodologias adequados para o uso destas informações como instrumento de trabalho cotidiano, restringem esses níveis a meros coletores e repassadores de dados brutos, numa rotina burocrática e desestimulante.

É de grande importância que se possa trabalhar com esses dados no Brasil, de maneira a contribuir para o potencial transformador da utilização da informação epidemiológica.

# 2 JUSTIFICATIVA

Para a OMS (2001), a desproporção entre os recursos investidos em saúde mental e a preocupação em diminuir o problema, a ausência de legislação em saúde mental, a estigmatização, as violações dos direitos humanos, a ausência de treinamento dos profissionais, a falta de serviços, a ausência ou distribuição insuficiente de psicotrópicos, a má coordenação entre os serviços de saúde e de fora do campo da saúde, são barreiras para o acesso à saúde mental.

Apesar dessas barreiras de acesso aparecerem com frequência na literatura sobre assistência à saúde, elas recebem pouco destaque na produção acadêmica. Associadas aos *"fatores que dificultam ou diminuem o grau de facilidade de acesso aos cuidados, às barreiras, quando nomeadas, aparecem como contraponto de fatores facilitadores de acesso*" (GONÇALVES, 2015).

A OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontam ainda para um índice de transtorno mental em torno de 12% da carga mundial de doenças, responsável por 1% da mortalidade no mundo (LOPEZ et al, 1998). Em pesquisas mais recentes, a OMS aponta que uma em cada dez pessoas sofrerão no mundo por problema de Saúde Mental, pessoas com depressão profunda e esquizofrenia tem cerca de 40%-60% mais chances de morrer prematuramente que a população em geral, estima-se que cerca de 350 milhões de pessoas deverão sofrer de depressão e 90 milhões desenvolverão algum transtorno mental pelo uso abusivo de psicofármacos (WHO, 2013).

Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos é tratável e evitável, e quando aumenta o investimento em saúde mental, reduz-se bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos (SANTOS, 2010).

A escolha pelo município de Campinas/SP para a realização do presente estudo, deu-se por ser um município com pioneirismo na área de saúde, se destacando nos avanços da implementação das políticas em Atenção Básica e na Reforma Psiquiátrica, iniciados na década de 1970. Campinas priorizou princípios da cogestão, e pressupostos assistenciais como: Acolhimento, equipes de referência, Apoio Matricial, Colegiado Gestor e os Núcleos de Saúde Coletiva (Campinas, 2001).

Sua rede de saúde mental é diferenciada em diversos aspectos: a Atenção Básica conta com equipes compostas por médico psiquiatra, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que integram um eixo matricial de apoio às equipes de referência nos Centros de Saúde, com relação estabelecida também com a rede especializada do território no acompanhamento e discussão dos casos (ONOCKO et al, 2013).

Neste sentido justifica-se a necessidade de um estudo que possa apontar de maneira mais crítica e em profundidade as questões em torno do acesso da população a assistência à saúde mental e que aponte para a construção de políticas públicas eficazes.

Saliento que essa pesquisa integra a pesquisa "AcesSUS", coordenada pelo Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos, iniciada em maio de 2014, da qual participei enquanto coordenadora da etapa de construção dos Dados Secundários.

Neste trabalho aprofundarei e utilizarei dados que evidenciem aspectos descritos a partir das questões levantadas abaixo:

- ✓ O CAPS III tem atendido a população adstrita (com indicação de acompanhamento) no município de Campinas?
- ✓ Que população tem acessado os serviços de saúde mental no município?
- ✓ O CAPS III tem recebido usuários referenciados pela Atenção Básica?
- ✓ O CAPS III tem funcionado como articulador de rede e ofertado matriciamento aos equipamentos de seu território?

# 3 OBJETIVOS

## 3.1 Objetivo geral

Caracterizar e relacionar o fluxo e o perfil de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial III (no município de Campinas / SP) quanto ao acesso aos serviços, a partir da produção registrada.

### 3.2 Objetivos específicos

Descrever a ordenação territorial dos serviços de saúde mental em Campinas / SP;

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos usuários que têm acessado os CAPS III em Campinas, a partir da produção registrada (dados secundários);

Caracterizar as distintas portas de entrada, mediante a coleta de dados nos CAPS III;

Identificar a inter-relação entre o CAPSIII, a Atenção Básica e Atenção Hospitalar, através do dispositivo de matriciamento;

# 4 MÉTODOLOGIA

Essa pesquisa utilizou métodos de pesquisa quantitativos, visando produzir uma "articulação dialógica" com a prática, de modo a desenvolver um método, um "caminho do pensamento", uma "argumentação explicativa" (DESLANDES e ASSIS, 2013) coerente, útil e adequada ao estudo do objeto – o acesso e a qualidade dos cuidados, ações e serviços de saúde.

Nas palavras de Minayo e Sanches (1993), um bom método será aquele que ajude a refletir sobre a dinâmica da realidade, *"portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível"* (239pp.).

De acordo com os autores, a abordagem quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Em geral, é utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis por meio de variáveis. Tais variáveis são preestabelecidas e procuram verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise de frequência de incidências e de correlações estatísticas (MINAYO e SANCHES, 1993).

Pretende-se, ainda que sejam articulados pesquisador e campo de pesquisa, sujeito e objeto, teoria e prática, de modo a tornar possível não somente a problematização da relação entre pesquisador e campo de investigação, mas a formação e o desenvolvimento da capacidade de análise e intervenção na realidade dos sujeitos envolvidos (FURTADO e ONOCKO CAMPOS, 2008; TANAKA et al, 2010). Para tanto, será estimulada a colaboração entre pesquisadores e serviços objeto de estudo, na fase de restituição dos resultados.

Apoiado em Thornicroft e Tansella (2010) este trabalho considera que boas práticas em saúde mental são aquelas que estão alinhadas ao modo psicossocial, ou seja, todas as práticas que estão direcionadas para satisfazer as necessidades do sujeito que sofre com o transtorno metal, as quais são capazes de promover a construção de projetos de vida individuais e subjetivos no território pelas pessoas.

Assim, ao propor a avaliação das práticas em saúde mental que se dão no território, pretendo suprimir generalizações apresentadas comumente em avaliações tradicionais, restritas aos parâmetros epidemiológicos clássicos e me permitirei incluir uma forma de avaliação direcionada ao contexto de cenários específicos, de modo a construir ferramentas de produção da saúde (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Quanto ao referencial teórico utilizo-me, por tanto, das “Boas Práticas em Saúde Mental”, propostas por Thornicroft e Tansella em 2010. Referencial que possibilitará identificar a produção dos serviços em termos de boas práticas com a articulação destas a partir de três eixos indispensáveis e indissociáveis: a ética, como princípio fundamental que deverá orientar o planejamento, a assistência e a avaliação dos serviços, as evidências científicas que devem embasar as intervenções e serviços, e a experiência vivida, singular e coletiva, como uma representação do que vem sendo produzido nas experiências locais e regionais de organização da rede de serviços.

Ainda seguindo a proposta de Thornicroft e Tansella (2010), seria possível a construção de um mapa, que possa auxiliar na descoberta das potencialidades e limites, bem como formular planos de intervenção na realidade estudada. Este mapa é construído a partir do que os autores denominam “Modelo de Matriz” (figura 1).

A construção deste mapa compõe duas dimensões que são lugar e o tempo. A dimensão lugar refere-se a três níveis geográficos: nível (1) nacional ou regional o qual representa o espaço de formulação de políticas, neste nível a alocação de recursos para a área de saúde mental são fundamentais; o nível (2) local que funciona como uma lente que amplia a visão política e os recursos que efetivamente irão beneficiar os usuários nos serviços comunitários; e o nível (3) individual onde as intervenção para usuários, familiares e comunidade, tem suas ações e práticas baseadas em princípios éticos, evidências e experiências (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

Estes autores defendem por fim, que os serviços de saúde mental devem ser prioritariamente organizados em seu contexto local, para que possam atender às pessoas que dele necessitam (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

A segunda dimensão é a do tempo, e refere-se a 3 fases nos dispositivos de saúde mental: (A) Entrada, (B) Processo e (C) Resultado, em que o resultado deve ser considerado o elemento mais importante, pois pode refletir o que o sistema está produzindo em termos de atenção (THORNICROFT; TANSELLA, 2010). Assim, é possível construir o modelo de matriz abaixo, que teria potencial para evidenciar os pontos críticos da rede (figura 1).

**Tabela 1. O modelo de Matriz.**

| | Dimensão Tempo | | |
|---|---|---|---|
| Dimensão lugar | (A) Fase de Entrada | (B) Fase de processo | (C) Fase de resultados |
| (1) Nível nacional/regional | 1A | 1B | 1C |
| (2) Nível local | 2A | 2B | 2C |
| (3) Nível individual | 3A | 3B | 3C |

Fonte: Thornicroft e Tansella (2010), 2pp.

A utilização do “modelo de matriz” em saúde mental, por tanto, subsidiou a construção de indicadores para avaliação dos serviços, neste trabalho, com uma aposta *“para a elaboração de um diagnóstico preciso dos serviços de saúde mental*

*disfuncionais, de forma que ações corretivas possam então ser aplicadas no nível exato para a melhoria do cuidado"* (THORNICROFT, 2010, 3pp.).

## 4.1 O campo

O município estudado, tem um total de 1.134.546 habitantes, sendo 849.672 desta população com idade maior e igual a 20 anos (estimativa SEADE, 2015).

Campinas é a principal cidade do interior paulista e é um município de grande porte. Está cercada por importantes rodovias, situada a 100 km da cidade de São Paulo (Capital do Estado) e 500 km da cidade do Rio de Janeiro. É uma rota facilitada de transferência de mercadorias, pessoas e saberes. A cidade possui um dos maiores distritos industriais e polo tecnológico do interior, com indústrias de grande e médio porte, especialmente ligada ao agronegócio.

É importante destacar, que no campo da saúde mental, Campinas iniciou a implementação dos CAPS na década de 1990, mas apenas a partir de 2001 ampliou sua rede, com incentivo financeiro advindo do Ministério da Saúde. Neste momento, os CAPS tornaram-se, então, equipamentos com funcionamento 24 horas por dia (CAPSIII), alavancando a Reforma Psiquiátrica local e provocando intensas mudanças na forma de acolhimento à crise dos usuários, que passam a também acessar leitos de internações, os "leito-noite" (Acolhimento Noturno), integrados ao funcionamento dos próprios serviços.

Aqui quero destacar que Campinas-SP optou por adotar a composição de seus serviços de Saúde Mental de maneira diferente da portaria ministerial nº 336/02. Os CAPS III campineiros devem ser compostos obrigatoriamente por uma equipe composta por 2 médicos psiquiatras (72 horas), 9 profissionais de nível superior, 6 profissionais enfermeiras, 22 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 2 técnicos administrativos, 1 farmacêutico e 1 técnico de farmácia; em conformidade a nota técnica da coordenação municipal de saúde mental (CAMPINAS, 2016).

No que diz respeito aos serviços de Saúde, Campinas dispõe de uma rede estruturada e que tem servido de modelo para a implementação de mudanças no Brasil, a RAPS Campineira é composta por: 04 hospitais gerais (02 público, 02 universitários), mas apenas 02 possuem enfermaria de saúde mental (CHOV e UNICAMP[2]), 03 Unidades de Pronto Atendimento (público, sem psiquiatra), 6 CAPS III (todos sob administração do SSCF), 1 CAPS AD II (público), 3 CAPS AD III (administração do SSCF), 4 CAPS infanto-juvenil (02 público, 02 administração do SSCF), 23 Residências Terapêuticas (administração do SSCF), 1 Núcleo de Oficinas de Trabalho (administração do SSCF), 6 Centros de Convivência e cultura (1 público e 5 administração do SSCF), 2 equipes de Consultório na Rua (administração do SSCF), 63 Centros de Saúde (público), 1 Central de Regulação de Vagas com Psiquiatra (público) e SAMU (público) com Psiquiatras em alguns plantões diurnos e noturnos.

Ainda no que tange o funcionamento geral, a cidade está organizada em cinco Distritos Sanitários de Saúde, divididos entre as regiões Norte, Leste, Noroeste, Sudoeste e Sul, onde a distribuição de CAPS e CS se dá a partir deste referencial territorial.

## 4.2 Os Dados secundários

Campinas foi um dos municípios pioneiros a atrelar o financiamento da sua rede substitutiva (atenção comunitária em saúde mental), a um plano de metas municipal que incorpora o RAAS enquanto banco de dados para avaliação e monitoramento da rede.

Sabe-se ainda que não existem parâmetros brasileiros para os dados de avaliação e monitoramento das práticas em saúde mental. Mundialmente não existem consensos sobre quais indicadores devem ser usados cotidianamente na saúde mental e, internacionalmente, são utilizadas as Metas do Milênio como quadro de referência geral para a melhoria da saúde, mas estas não se direcionam explicitamente à saúde mental (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

---

*[2] O serviço hospitalar Unicamp (Hospital das Clínicas da Unicamp), contém uma enfermaria de psiquiatria, que é regulada estadualmente. Assim, não compõe o fluxo da rede campineira a qual regula suas vagas de leito hospitalar via central de vagas municipais.*

Fazem-se necessário estudos que apontem para construção de *"metas claras, transparentes, controláveis, adaptáveis, e passiveis de mensuração*" (164pp.) em níveis diferenciados de atenção; esses parâmetros de produção devem possibilitar análises em diferentes dimensões geográfica (nível nacional/regional, nível local e nível individual) e temporal (fase de entrada, fase de processo e fase de resultado), realizados enquanto ferramentas poderosas que levem as "Boas Práticas de Saúde Mental" e valorizem seus serviços comunitários.

A escolha pelo uso de dados secundários deu-se por uma leitura de que se faz necessário um aprofundamento do sistema de informações recém-implantado na saúde mental. Assim, descrevo logo abaixo as etapas em que os dados foram pensados e trabalhados no processo da pesquisa.

Realizei o levantamento dos dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) baseada em ações que pudessem trazer caminhos e informações sobre o acesso, a produtividade e os encaminhamentos realizados pelos CAPS III do município de Campinas / SP, no período de 2013 a 2016, delineando também o fluxo de atendimento nestes serviços[3].

Para esse levantamento utilizei o CAPS enquanto analisador do cuidado em Saúde Mental, e levantei algumas possibilidades para acessá-lo, construindo um modelo (figura 2) que nos indique as diversas portas de entrada para esse serviço no município de Campinas.

*[3] Esse período foi escolhido, porque a RAAS, apesar de implementada em 2012, passa ser utilizada como banco de dados obrigatório, apenas a partir de janeiro de 2013, para todo o Brasil.*

**Figura 2: Modelo de identificação dos locais de Origem do usuário, para acesso ao CAPS III. Campinas, 2016.**

Fonte: Elaboração própria.

Para um melhor entendimento do formulário de coleta de dados, em Campinas/SP, descrevo abaixo quais as variáveis são padronizadas e disponibilizadas para tabulação do RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), em âmbito municipal, utilizado neste trabalho, possibilitando a coleta das seguintes informações (BRASIL, 2013).

Sobre o **conteúdo:** é necessário selecionar uma das variáveis disponíveis; **quantidade aprovada:** quantidade de procedimentos aprovados para pagamento pelas secretarias de saúde; **valor aprovado: v**alor aprovado para pagamento pelas secretarias de saúde; **quantidade apresentada:** quantidade de procedimentos apresentados para pagamento; **valor apresentado:** valor dos procedimentos apresentados para pagamento; **ano e mês de processamento:** ano e mês de processamento/movimento dos dados; **ano e mês de atendimento:** ano e mês de

atendimento dos pacientes; **esfera administrativa:** indica se a o atendimento foi feito em unidade federal, estadual, municipal ou privada; **tipo de prestador:** detalhamento da esfera administrativa do prestador, discriminando, para unidades privadas, se é com fins lucrativos, com fins lucrativos optante do simples, sem fins lucrativos, filantrópico com CNAS válido ou sindical; **tipo de gestão:** tipo de gestão: estadual plena, pacto de gestão (municipal); **município de residência do paciente:** indica o município de residência do paciente, quando informado; **unidade campinas:** unidade de saúde que realizou o procedimento, organizada por localização intramunicipal, tipo de unidade e gestão; **CBO agrupado:** CBO agrupado do profissional; **CBO detalhado:** CBO detalhado do profissional; **procedimentos segundo (grupo procedimento, subgrupo procedimento, forma organização, procedimento):** procedimento realizado e seu grupo, subgrupo e forma de organização, de acordo com a "tabela de procedimentos, medicamentos, Ortiz e próteses e materiais especiais do sistema único de saúde SUS" (acolhimento noturno, acolhimento em 3º turno, acolhimento diurno no CAPS, atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, acompanhamento domiciliar, práticas corporais, práticas expressivas, atenção às situações de crise, ações de reabilitação psicossocial e promoção de contratualidade); **complexidade: corresponde à complexidade do procedimento**: atenção básica, média complexidade e alta complexidade; **financiamento: corresponde à forma de financiamento do procedimento:** atenção básica, assistência farmacêutica, fundo de ações estratégicas e compensações, incentivo à alta e média complexidade, média e alta complexidade e vigilância em saúde; **caráter de atendimento:** eletivo, urgência, acidente de trabalho, acidente de trajeto, outros acidentes de trabalho e outros tipos de lesões e envenenamentos; **cid10 capítulo:** indica o capítulo do diagnóstico principal, quando informado; **cid10 BR:** indica o diagnóstico principal conforme lista cid10 BR, quando informado; **sexo do paciente:** feminino, masculino ou não informado; **idade do paciente:** indica a idade do paciente, quando informada; **raça / cor do paciente:** branca, parda, preta, amarela, indígena ou não informada.

O BPA/I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado) e o BPA/C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado) do qual as ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado são processadas (acolhimento inicial, ações de articulação em rede intra e inter setoriais, fortalecimento do protagonismo, matriciamento de equipes da atenção básica, matriciamento dos pontos de atenção

da rede de urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência, ações de redução de danos, acompanhamento de SRT e apoio a serviço residencial de caráter transitório), indicam apenas o documento de origem da produção (BRASIL, 2013).

### 4.2.1 Definição e pactuação de uma proposta mínima de análise

Nesta etapa foi realizada sob a supervisão e debates críticos feitos junto ao assessor técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde (CEINFO), na cidade de São Paulo. Com o Dr. Marcos Drumond Junior[4], foram realizados encontros quinzenais ao logo de 2017 na Secretaria Municipal de Saúde, às terças-feiras pela manhã.

Nestes encontros debatiam-se as teorias em torno dos indicadores de avaliação de serviço, os sistemas de informações disponíveis, os dados secundários disponibilizados para Saúde Mental, sua característica, qualidade, abrangência e possibilidade de mensuração, a partir dos princípios da *ética*, *experiência vivida* e *evidencias cientificas* (THRONICROFT, TANSELLA, 2010).

Partindo então de um estudo mais aprofundado do Sistema de Informação Ambulatorial da Rede de Atenção Psicossocial (SIA - RAAS) e da literatura voltada para avaliação de rede em Centros de Atenção Psicossocial (ONOCKO et al, 2013), levantamos apontamentos para práticas que pudessem delimitar os efeitos institucionais da Reforma Psiquiátrica em Campinas.

Pactuamos a proposta de 28 indicadores (Quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6) como norteadores para o alcance dos objetivos levantados nesse trabalho, entendendo sua

[4] *Possui graduação em Medicina e Especialização em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (1984 e 1990), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Trabalha desde 1990 na SMS-São Paulo sendo desde 2001 assessor técnico da Coordenação de Epidemiologia e Informação atuando principalmente nos seguintes temas: epidemiologia, epidemiologia nos serviços de saúde, informação em saúde, mortalidade, gestão e morbidade.*

abrangência nacional/regional, local e individual das práticas em Saúde Mental; esses indicadores cumpririam a tarefa de levantar os pontos fortes e de fragilidades da RAPS em Campinas, com potencial de avaliação crítica e reflexiva da rede, baseando-se nos princípios éticos da Atenção Psicossocial.

### 4.2.2 Operacionalização e cálculo dos indicadores

Para o levantamento de todos os dados, utilizamos as bases de dados secundários oficiais do SUS, disponibilizadas pelo DATASUS em: http://dataSUS.saude.gov.br/informacoes-de-saude/servicos2/transferencia-de-arquivos e o TABNET em: http://dataSUS.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet, dentre as quais opto especificamente pelo CNES, o SIA (PA e RAAS), o SIH (RD) e também dados demográficos gerais.

Para sua tabulação utilizei enquanto ferramenta o “Microsoft Office Excel” e o TabWin em: http://dataSUS.saude.gov.br/informacoes-de-saude/ferramentas/tabwin.

É importante ressaltar que para os indicadores que utilizam dados demográficos, as estimativas populacionais foram feitas a partir dos dados disponibilizados pelo IBGE, no sitio do DATASUS, para os anos entre 2011 a 2014, em: http://tabnet.dataSUS.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def.

Nas estimativas por sexo e faixa etária, utilizei para o cálculo de alguns indicadores os dados disponibilizados pela Fundação SEADE, para os anos entre 2011 a 2014, através de metodologia descrita em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/.

Como menor unidade territorial foram utilizados para análise os dados produzidos a partir da região onde se localizavam as Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), relacionando-os aos CAPS III de cobertura e, por fim aos Distritos de Saúde correspondentes.

Salientamos, também, que para o cálculo dos indicadores obtidos a partir do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), utilizei os valores de "produção" apresentadas ao invés das "frequências" [5] apresentadas.

Para leitura e melhor compreensão dos resultados dos indicadores, as caselas com cor verde sinalizarão os melhores valores, e as com cor vermelha sinalizarão os piores.

### 4.2.3 Elaboração da síntese dos dados coletados

Os dados levantados foram divididos entre indicadores que evidenciariam quatro aspectos importantes para a orientação do funcionamento dos serviços: a) Estrutura: recursos disponíveis (ex.: %cobertura), b) Acesso aos serviços: manejo na interação serviço-usuário (ex.: nº de consultas / internação por % população), c) Efetividade: alcance e efeitos e d) Continuidade e interação entre serviços (ex.: % AB).

Os Quadros para apresentação dos indicadores foram construídos a partir do modelo de "matriz de indicadores básicos" (OPAS,2008) auxiliando a análise e incorporação dos dados secundários; os quadros que veremos mais adiante (quadros 1, 2, 3, 4, 5 e 6), apresentam os indicadores construídos e organizados em seis colunas, as quais contêm: 1) Nome do Indicador, 2) Número, 3) Conceituação - que contêm uma explicação do indicador e seu parâmetro de análise, 4) Fonte de dados para sua obtenção, 5) Método pelo qual foi calculado e 6) Categoria de abrangência. Os indicadores a seguir, estão apresentados por afinidade temática, por isso não seguem, necessariamente, a uma ordem numérica sequencial.

Assim, foram construídos, 28 indicadores elaborados a partir dos eixos temáticos discutidos na "Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental" (ONOCKO, et al.,2013), realizada em Campinas/SP, apresentada no capítulo 1, item 1.3 desta dissertação, relacionados à Atenção Básica, ao CAPS III (crise, projeto terapêutico individual, práticas de grupo, concepção de CAPS e articulação de rede) e à Atenção

*[5] Estamos considerando a quantidade de procedimentos apresentados para pagamento, ao invés da frequência com que são gerados.*

Hospitalar; para o qual utilizei o mapa construído no “modelo de matriz” (Tabela 1) desenvolvido por Thornicroft e Tansella (2010), já referido.

Esses indicadores foram propostos para que possibilitassem o delineamento da avaliação dos efeitos institucionais da reforma psiquiátrica (2013 a 2016), e os dados foram organizados regionalmente, ou seja, por distrito sanitário de saúde; coletados a partir da sua abrangência territorial, de acordo com os distritos sanitários de Campinas (região do sul, sudoeste, leste, centro e norte).

**Quadro 1: Matriz de indicadores de Atendimentos Realizados nos Serviços. Campinas, 2017.**

| ATENDIMENTOS REALIZADOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Razão do nº de atendimentos (individual e grupo) realizados por psicólogo na AB/ população (por 1000 hab./ ano). | 3 | Acesso aos atendimentos individuais e grupais realizados pelo profissional Psicólogo na Atenção Básica. Parâmetro: Crescente | SIASUS | Nº de atendimentos Individuais e grupo de psicólogo na AB/ população geral x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de atendimentos (individual e grupo) realizados por psiquiatra na AB/ população (por 1000 hab./ ano) | 3.1 | Acesso aos atendimentos individuais e grupais realizados pelo profissional Psiquiatra AB Parâmetro: Crescente | SIASUS | Nº de atendimentos Individuais e grupo de psiquiatra na AB/ população geral x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões, estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de usuários em acolhimento diurno em centro de atenção psicossocial (por 10.000 hab. / ano) em CAPS | 6 | Acesso aos acolhimentos diurno em CAPS III. Parametro: Crescente | SIARAAS | Nº de usuários em acolhimento diurno / casos cadastrados no CAPS x10000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de atendimentos de Atenção às situações de crise em centro de atenção psicossocial por Acolhimento diurno no CAPS (por 1.000 hab. / ano) | 9 | Acesso aos atendimentos à crise em CAPS III. Parametro: Crescente | SIARAAS | Nº de Atenção às situações de crise / Acolhimento diurno no CAPS x 1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do Nº de atendimentos de acolhimento noturno em centro de atenção psicossocial por Acolhimento diurno no CAPS (por 1.000 hab. / ano) | 10 | Acesso aos acolhimento noturno em CAPS III. Parâmetro: Decrescente | SIARAAS | Nº de acolhimento noturno / Acolhimento diurno no CAPS x 1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) em CAPS | 13 | Acesso aos atendimentos individuais em CAPS III. Parâmetro: Decrescente | SIARAAS | Nº Atendimentos individuais/ atendimentos (individual+grupo) do CAPS x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab.. / ano) em CAPS | 14 | Acesso aos atendimentos em grupo em CAPS III. Parametro: Crescente | SIARAAS | Nº Atendimentos grupo / total de atendimentos (individual+grupo) do CAPS x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de Atendimentos familiares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) | 15 | Acesso aos atendimentos de familiares em CAPS III. Parametro: Crescente | SIARAAS | Nº de Atendimentos familiares/população atendida no CAPS x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de ações de reabilitação psicossocial em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) | 16 | Acesso aos atendimentos reabilitação psicossocial em CAPS III. Parametro: Crescente | SIARAAS | Nº de ações de reabilitação psicossocial/população atendida no CAPS x1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de atendimentos domiciliares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) em CAPS | 18 | Acesso aos atendimentos domiciliares em CAPS III. Parâmetro: Crescente | SIARAAS | Nº de atendimentos domiciliares / casos cadastrados no CAPS X1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Fonte: Adaptação do Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

**Quadro 2: Matriz de indicadores de Ações de Rede dos Serviços. Campinas, 2017.**

Fonte:

| AÇÕES EM REDE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Nº de Ações de articulação em rede intra e inter setoriais por CAPS | 17 | Número de articulação em rede intra e inter setoriais em CAPS III. Parâmetro: Crescente | SIARAAS | Nº de Ações de articulação em rede intra e inter setoriais / CAPS | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Nº de matriciamento de equipes da atenção básica por CAPS | 19 | Número de matriciamento de equipes da Atenção Básica em CAPS III. Parâmetro: Crescente | SIARAAS | Nº de matriciamento de equipes da atenção básica / CAPS | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Nº de matriciamento realizados nos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência por CAPS | 20 | Número de matriciamento nos pontos de Urgência e Emergência e Hospital em CAPS. Parâmetro: Crescente. | SIARAAS | Nº de matriciamento realizados nos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência /CAPS | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Adaptação do Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

**Quadro 3: Matriz de indicadores de Cadastros dos Serviços. Campinas, 2017.**

| CADASTROS NOS SERVIÇOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Proporção de usuários inseridos segundo sua patologia (CID10) no CAPS por ano (por 1.000 hab.) | 4 | Usuários inseridos segundo sua patologia (CID10) no CAPS III. Parâmetro: atendimento de população mais grave. | SIARAAS | Nº de usuários atendidos segundo CID10/ usuários cadastrados x 1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão de nº médio mensal de cadastros em CAPS selecionados por ano (por 10.000 hab.) | 5.1 | Acesso ao atendimento nos CAPS III. Parâmetro: Crescente <3% de TMSP | SIARAAS | Nº médio mensal de cadastros em CAPS / população adulta (20 anos e mais) por ano x10.000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Proporção do nº de usuários a partir de origem do encaminhamento por ano | 7 | Referenciamento dos usuários para CAPS III. Parâmetro: deve ser maior de origens da UBS e menor de origem Hospitalar e Urgência/Emergência. | SIARAAS | Nº de usuários a partir do local de Origem do encaminhamento/ usuários cadastrados x 1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Proporção do Nº de usuários a partir Destino do encaminhamento por ano | 8 | Contrarreferenciamento dos usuários de CAPS III. Parâmetro: Deve ser maior para UBS e menor para unidades Hospitares e de Urgência/Emergência. | SIARAAS | Nº de usuários a partir do Destino do encaminhamento / usuários cadastrados x 1000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Fonte: Adaptação do Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

**Quadro 4: Matriz de indicadores de Cobertura dos Serviços. Campinas, 2017.**

| COBERTURA DE ATENÇÃO EM SAÚDE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Cobertura anual de Equipes de Atenção Básica pela população adulta por ano (por 10.000 adultos) | 1 | Cobertura de atenção primária em Saúde. Parâmetro: %população sem plano + 20% | TABNET | (Nº de Estratégias de Saúde da Família + Nº de Equipes Equivalentes) X3.000X100/ população geral | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Cobertura anual de CAPS adulto pela população adulta por ano (por 10.000 adultos) | 5 | Cobertura de CAPS III.Parâmetro: 1 /200 mil hab. | SIARAAS | Nº usuários cadastrados no CAPS / População (20a ou+) x 10.000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Fonte: Adaptação do Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

**Quadro 5: Matriz de indicadores de Estrutura dos Serviços. Campinas, 2017.**

| ESTRUTURA DOS SERVIÇOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Razão do nº de profissionais de SM (psicólogo e psiquiatra) na Atenção Básica pela população (por 100.000 hab.) | 2 | Razão do número de profissionais de SM (psicólogo e psiquiatra) na Atenção Básica. Parâmetro: 5,8 psiquiatras e 3,3 Psicólogos /100.000 hab. | CNES | Nº de psicólogo e psiquiatra na AB/ população geral x 100000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Nº de usuários com transtorno mental grave e persistente por ano | 4.2 | Estimativa de prevalência com transtorno mental grave e persistente. Parâmetro:3% da população geral | IBGE | População Geral (por distrito/ano) X 3% | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de psiquiatras por distrito pelos usuários cadastrado (por 1.000 hab.) | 11 | Razão do número de psiquiatras. Parâmetro: 2 para cada 60 pacientes/dia | CNES | Nº de psiquiatras no CAPS/ usuários cadastrados no CAPS x 1000 | Unidade geográfica: Distrito de Saúdel. |
| Razão da soma do nº de Profissionais não médicos (assistente social + psicologo+ terapeuta ocupacional) pelos usuários cadastrado (por 1.000 hab.) | 12 | Razão da soma do número de Profissionais não médicos. Parâmetro: 8 para cada 60 pacientes/dia | CNES | Nº de profissionais não médicos (assistente social + psicologo+ terapeuta ocupacional) no CAPS/ usuários cadastrados no CAPS x 1000 | Fonte:<br>Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Adaptação do Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

**Quadro 6: Matriz de indicadores de Internações Hospitalares. Campinas, 2017.**

| INTERNAÇÕES HOSPITALARES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DENOMINAÇÃO** | **Nº** | **CONCEITUAÇÃO** | **FONTES** | **MÉTODO DE CÁLCULO** | **CATEGORIAS** |
| Nº de usuários que foram internados por Diagnóstico de Psiquiatria população geral por ano (por 1.000 hab.) | 21 | Número de Internações por Diagnostico de Psiquiatria. Parâmetro: Decrescente. | SIH | Número de internações por Diagnostico de Psiquiátricas anual / População Geral estimada no ano x 1.000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Fonte: Razão de Internações psiquiátricas SUS população geral por ano (por 1000 hab.) | 21.1 | Número de Internação psiquiátrica. Parâmetro: Decrescente. | SIH | Número de internações Psiquiátricas em Hospital anual/ População geral da região estimada no ano x 1.000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Nº de usuários que foram internados em hospital geral população geral por ano (por 1000 hab.) | 21.2 | Internações em Hospital Geral. Parâmetro: Decrescente e maiores que as internações em Hospital Psiquiátrico. | SIH | Número de internações Psiquiátricas em Hospital geral anual / População geral da região estimada no ano x 1.000 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão de internações SUS em hospital geral/ internações SUS em hospital psiquiátrico Adaptação do | 22 | Proporção das internações em Saúde Mental em Hospital Geral em relação às internações em Hospital Psiquiátrico. Parâmetro: Crescente | SIH | Indicador 21.2 / Indicador 21.1 | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |
| Razão do nº de leitos de internação / população | 23 | Razão do número de leitos de internação psiquiátrica pela população em geral. Parâmetro: Crescente. | CNES - Recursos físicos | Número de leitos de internação por 10.000 habitantes / ano | Unidade geográfica: Brasil, grandes regiões,estados e Distrito Federal. |

Modelo de Matriz de indicadores básicos. OPAS, 2008.

### 4.2.4 Análise dos dados

A Atenção Básica (AB), o Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS) e a Atenção Hospitalar (AH) foram descritos nesta dissertação conforme suas características e os indicadores selecionados foram analisados de acordo com magnitude e tendências (autocorrelação serial) no período estudado.

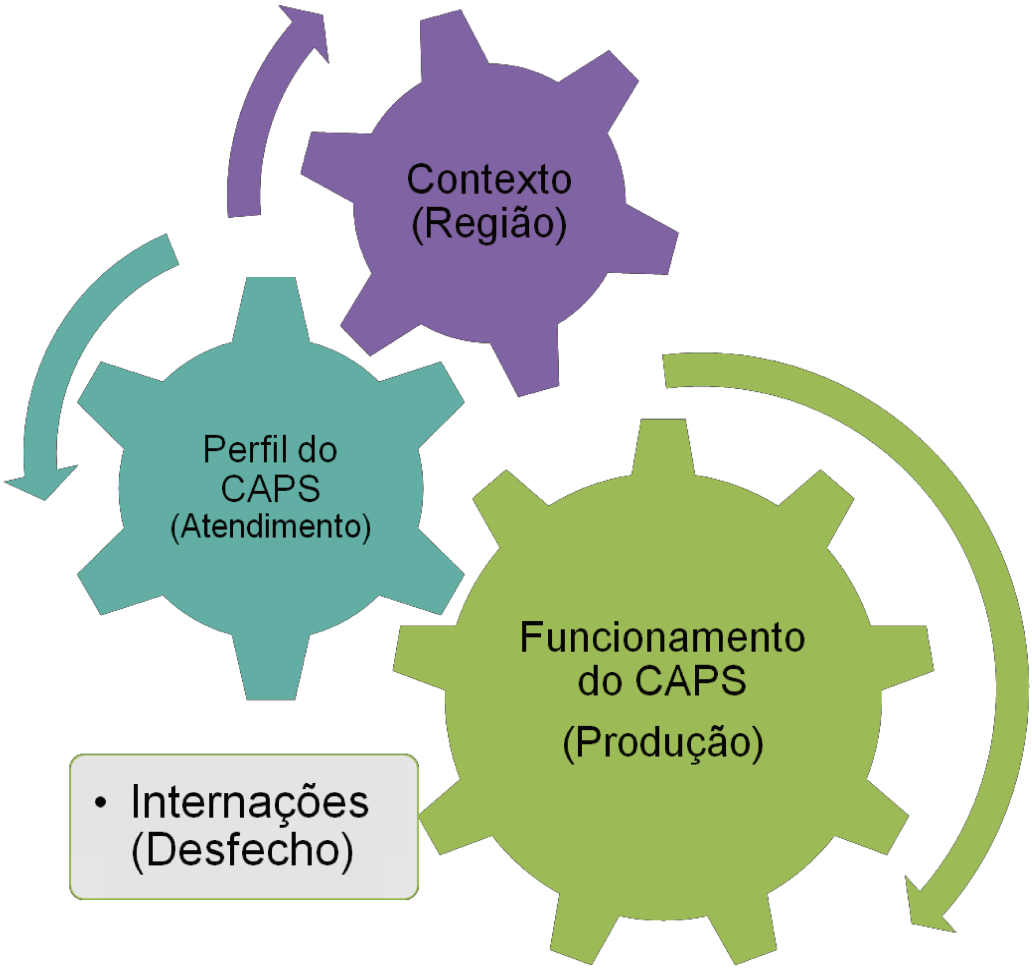
Para tanto, no processo de verificação das significâncias e variações analisadas, foi utilizamos o *Software R. Project;* e para avaliação das tendências utilizei o teste de tendência linear, considerando o nível de significância de 5% (p=0,05) para os indicadores propostos aonde se fez necessário a avaliação de variação anual.

Quanto à magnitude dos indicadores, foram utilizados para comparações parâmetros avaliativos baseados nas portarias ministeriais de nº 336 de 29/10/2004, nº1101 de 12/07/2002 e nº 1631 de 01/10/2015. Já para os indicadores que não possuíam estes parâmetros, tomamos como referência a tendência dos anos levantados, segundo o que seria uma direção desejável para avaliação de “Boas Prática em Saúde Mental”, ou seja, na direção crescente ou decrescente da tendência.

A relação entre AB-CAPS-AH foi delineada a partir do levantamento dos fluxos de atendimento e da construção de razões entre as dimensões e tendências entre esses serviços.

Conforme apresentado na figura 3 (abaixo), segue modelo de análise dos dados levantados. A análise proposta por este trabalho se dará sempre como uma “engrenagem” em que suas ações se darão de forma coordenada e dependente entre elas, esse movimento se dará para análise de todas as variáveis compostas para produção da análise de situação de saúde, mantendo assim uma relação dialógica entre os resultados encontrados.

**Figura 3: Modelo de análise dos dados levantados. Campinas, 2017.**




Fonte: Elaboração própria.

Esta relação dialógica a qual me refiro na figura 3, tenta articular o contexto, que usa a unidade mínima de análise distritos de saúde, o perfil de atendimento dos serviços, o funcionamento a partir de sua produção registrada (RAAS) e as internações no período como uma espécie de desfecho.

Ao final do processo de análise, será proposta uma devolutiva destes resultados para os gestores e profissionais do município, como etapa que pretende impulsionar processos de intervenção e mudanças na prática assitencial.

Esperamos assim contribuir para a formulação de políticas e para mudanças nas rotinas de trabalho de gestores e profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde, com a possibilidade de construção de um Painel de Monitoramento em Saúde Mental, baseados no modelo de Matriz proposto por Thornicroft e Tansella (2010).

**Quadro 7: Modelo de Matriz, para o município de Campinas. Campinas, 2017.**

| | TEMPO | | |
|---|---|---|---|
| **LUGAR** | **Entrada** | **Processo** | **Resultado** |
| **Nacional/Regional** | Politica de Saúde Mental Brasileira | Ações previstas pela Legislação | Cuidado no Território |
| **Local** | RAPS de Campinas | Ações e ofertas terapêuticas nos pontos rede, no território | Reinserção Social do Usuário |
| **Individual** | Acesso aos CAPS III | Ações realizadas com o usuários, familiares e comunidade | Encaminhamento para Atenção Primária e/ou pontos da rede |

Fonte: Adaptação do Modelo de Matriz. Thornicroft e Tansella (2010).

# 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Campinas, a partir de 2013, atrelou o financiamento de seus serviços comunitários de saúde mental (os CAPS), a um plano de metas que tem como principal fonte de dados o RAAS. O que, de certa forma, obrigou a todos os serviços a modificarem seu sistema de informação e implantarem o RAAS, conjuntamente a um plano de metas municipais que garantiriam a sua subsistência financeira; tornando as metas mensais de produção o principal “norte” para implantação de um programa de saúde mental local e individual.

Aqui quero destacar que o financiamento da Política Nacional de Saúde Mental foi o componente chave para a implementação do novo modelo de atenção discutido na introdução deste trabalho.

A opção de gestão, pelo plano de metas, traz algumas ações controversas, principalmente quando os parâmetros para obtenção das metas não são de acesso público e não estão claros para toda a rede de cuidados em saúde mental que compõe a RAPS.

Assim, através do levantamento de dados, foi possível compreender a ordenação territorial no município de Campinas para atendimento da demanda de Saúde Mental nos CAPS III. Observou-se que estes estão distribuídos em cinco Distritos Sanitários de Saúde da seguinte maneira:

A Região Leste, com 1 CAPS III (Esperança), região onde está também localizado o único hospital psiquiátrico de Campinas-SP - Sanatório Dr. Candido Ferreira. Na Região Norte, possui 1 CAPS III (Estação) onde também está situada enfermaria de internação psiquiátrica em Hospital Geral Universitário (UNICAMP); a Região Noroeste, por sua vez, possui 1 CAPS III (Integração), destacando o fechamento da enfermaria psiquiátrica do Hospital Geral Universitário (PUCC) em 2012. Já a Região Sudoeste apresenta-se com 2 CAPS III (Novo Tempo e David Capistrano da Costa Filho) e um Hospital Geral, o qual possui enfermaria de Saúde Mental (CHOV); por fim a Região Sul com 1 CAPS III (Antônio da Costa Santos) distribuídos conforme figura 4.

**Figura 4: Mapa do município de Campinas com localização dos seis CAPS III. Campinas, 2017.**

Fonte: Elaboração própria.

A partir desta observação, volto meu olhar para a fase de entrada, em seu nível local de avaliação do sistema, ou seja, analiso aqui as divergências na possibilidade de acesso aos CAPS III em cada distrito sanitário.

Esta fase é importante para que possamos conhecer a demanda e a oferta por atendimento nestes territórios, de maneira a considerar suas heterogeneidades e dinâmicas diferenciadas (tanto positivas, quanto negativas).

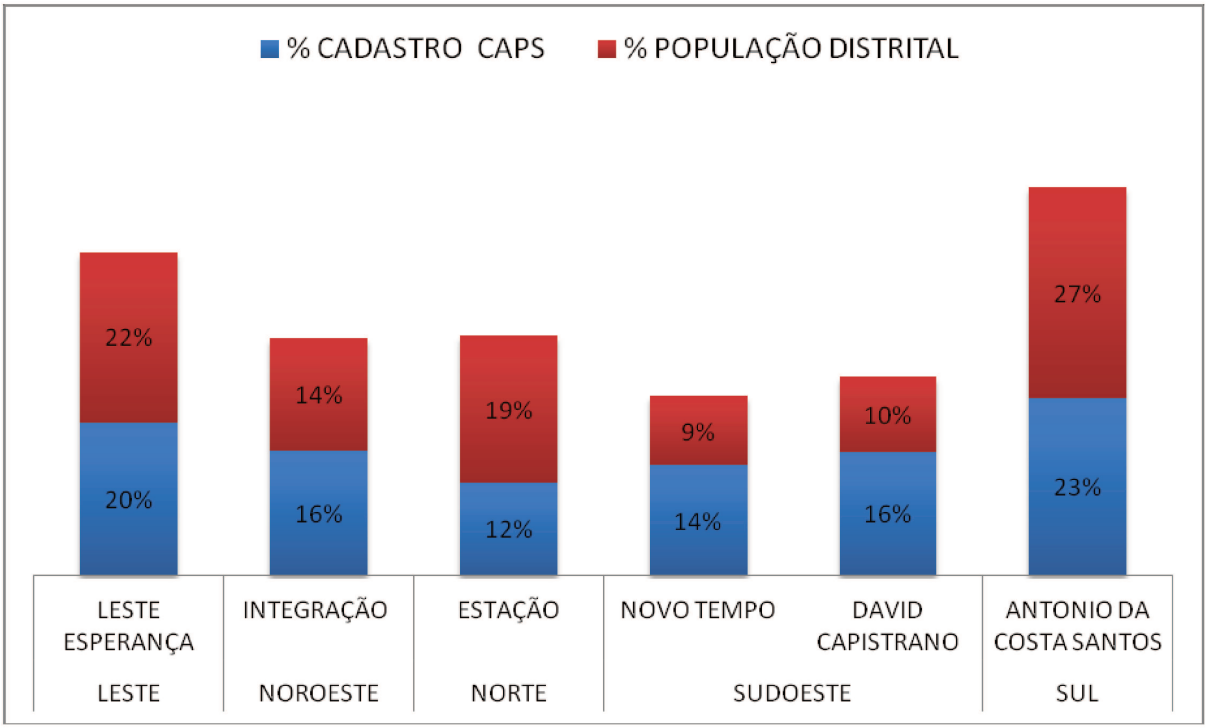
Neste sentido, convido a relacionarmos aqui o quadro 8 e a figura 5, que apresentam, respectivamente, a distribuição dos serviços, a partir da organização dos distritos, seus Centros de Saúde de referência e a população que tem acessado os CAPS III, independentemente na continuidade ou não da inserção com as equipes especializadas (usuários cadastrados nos CAPSIII) e o percentual médio dessas populações entre 2013 e 2016 com a figura 6, a seguir, que aponta a divisão territorial a partir do índice de condições de vida (ICV) da população campineira.

**Quadro 8: Distribuição dos serviços, por população em geral e usuários cadastrados, segundo CAPS III, por Distrito e ano. Campinas, 2013-2016.**

| | | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | MÉDIA (2013-2016) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DISTRITO | CAPS III | Nº de CS | POPULAÇÃO DISTRITAL | CADASTRO CAPS | POPULAÇÃO DISTRITAL | CADASTRO CAPS | POPULAÇÃO DISTRITAL | CADASTRO CAPS | POPULAÇÃO DISTRITAL | CADASTRO CAPS | POPULAÇÃO DISTRITAL | CADASTRO CAPS |
| SUL | ANTONIO DA COSTA SANTOS | 16 | 297.747 | 5.973 | 301.618 | 6.449 | 305.478 | 5.758 | 318.697 | 4.906 | 305.885 | 5.772 |
| NOROESTE | INTEGRAÇÃO | 13 | 159.842 | 3.714 | 161.151 | 3.939 | 162.475 | 4.268 | 167.096 | 4.329 | 162.641 | 4.063 |
| NORTE | ESTAÇÃO | 12 | 207.712 | 3.085 | 210.245 | 3.054 | 212.762 | 3.165 | 220.253 | 2.838 | 212.743 | 3.036 |
| LESTE | LESTE ESPERANÇA | 10 | 242.455 | 5.774 | 244.639 | 5.515 | 246.866 | 4.552 | 254.435 | 4.082 | 247.099 | 4.981 |
| SUDOESTE | NOVO TEMPO | 7 | 99.157 | 3.532 | 99.546 | 3.523 | 99.944 | 3.571 | 101.380 | 3.717 | 100.007 | 3.586 |
| | DAVID CAPISTRANO | 5 | 106.109 | 3.823 | 107.092 | 3.965 | 108.098 | 4.079 | 111.509 | 4.268 | 108.202 | 4.034 |
| Total | | 63 | 1.113.022 | 25.901 | 1.124.291 | 26.445 | 1.135.623 | 25.393 | 1.173.370 | 24.140 | 1.136.577 | 25.470 |

Fonte: TABNET/RAAS/IBGE. Elaboração própria.

**Figura 5: Distribuição do percentual das médias de população em geral e usuários cadastrados, segundo CAPS III e por Distrito. Campinas, 2013-2016.**



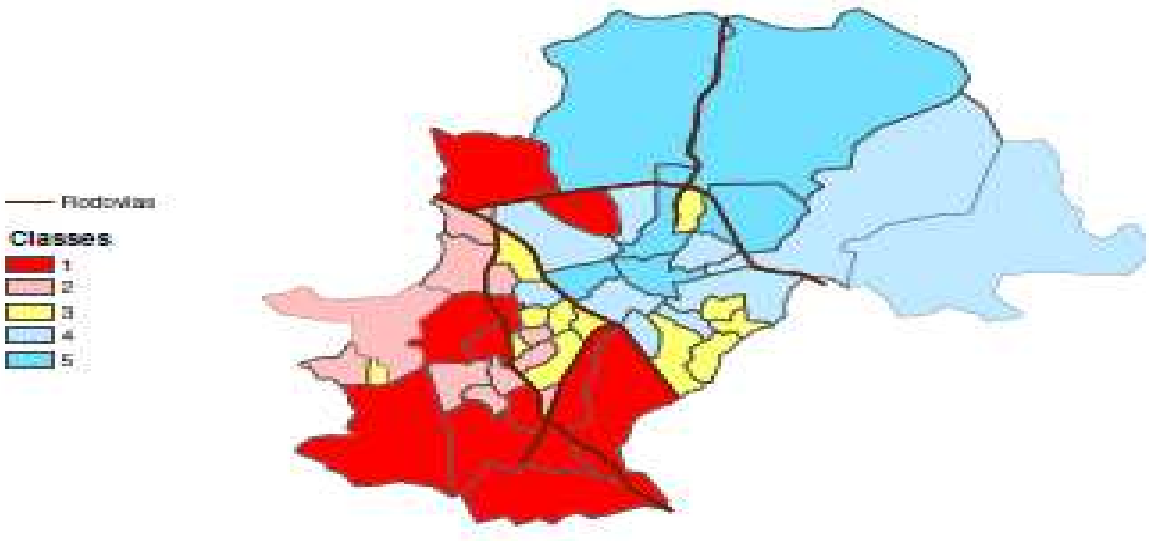

Fonte: Elaboração própria.

Para uma melhor compreensão do quadro 8, necessitamos atentar o olhar para o contexto social campineiro, observando a distribuição da pobreza e vulnerabilidade no município de Campinas, a partir da figura 6 (abaixo). Aqui trazemos à luz da discussão o Mapa Síntese do Índice de Condições de Vida (ICV), proposto pela Secretária Municipal de Saúde em 2001 e atualizado em 2006 a partir de dados do IBGE 2000.

O ICV aqui apresentado é calculado em nível municipal a partir da ampliação do leque de indicadores que avaliam Renda, Educação, Longevidade, a situação da Infância e da Habitação (ATLAS, 1998). Este leva em consideração classes de vulnerabilidade que variam entre 1 e 5, onde 5 indica a área mais vulnerável e 1 a menos vulnerável.

A partir de 2001, Campinas passou a utilizar o ICV enquanto norteador para a organização dos serviços de saúde, passando a incluir esse índice enquanto definidor para bônus salarial ao servidor público municipal que trabalha em regiões mais vulneráveis, o chamado “prêmio produtividade”, que pretende segundo decreto nº 13.794 de 30 de novembro de 2001, fixar trabalhadores onde a depender da região em que o serviço de saúde está, considerando o tipo de instalação, as condições adversas de trabalho nos Centros de Saúde (CAMPINAS, 2001).

**Figura 6: Mapa síntese do Índice de Condições de Vida (ICV), baseado no Censo 2000 do IBGE.**




Fonte: Secretaria Municipal de Campinas, 2006.

AO observar, o quadro 8 é possível notar que o CAPS III Integração apresenta a menor população média adscrita (162.641 habitantes/ano), com um número médio de usuários cadastros no CAPS de 4.063 usuários/ano, nos 4 anos estudados. Esse número chama atenção quando observamos a região Norte que acompanha o menor número médio de usuários/ano (3036), com uma população adscrita, aproximadamente, 24% maior.

Esse valor pode evidenciar o aumento da prevalência de transtornos mentais na região Noroeste, o qual apresenta vulnerabilidade maior (Figura 5), com um número grande de Centros de Saúde com ICV de classe I, ou seja, neste território a vulnerabilidade e necessidade de saúde para essa população apontam para um número de equipamentos de atenção em saúde mental diferenciados, quando comparado ao território pertencente ao distrito leste, por exemplo, que parece possuir os melhores índices de condições da vida para os campineiros.

Observa-se, também, que o distrito Sul, lidera entre o período de 2013 a 2016, com o maior número de habitantes/área (média de 305.885), acompanhado do maior número de Centros de Saúde (16), com um número também maior de usuários cadastrados em média, de aproximadamente 5.772 usuários/ano.

A região Sul apontaria para a necessidade de redimensionamento dos serviços na rede em relação à atenção em Saúde Mental, principalmente quando o comparamos à região Sudoeste que possui terceira maior população da cidade (média de 208.209 habitantes/ano), e apresenta um número de cadastrados de 7619 usuários/ano distribuídos em dois CAPS III, média de 3.586 para o Novo Tempo e 4.034 no David Capistrano, superior aos demais distritos pesquisados no período.

Em estudo realizado por Thornicroft e Tansella (2010), há uma clara associação entre contexto social e os transtornos mentais. Esses autores, afirmam que o local aonde se vive, ou seja, a qualidade do ambiente habitado está diretamente relacionada ao risco que se tem de desenvolvimento de transtornos mentais, e potencializa a possibilidade dessa doença se agudizar ou cronificar, aumentando também a morbidade, reduzindo, portanto, a qualidade de vida dessas pessoas.

Thornicroft e Tansella (2010) defendem ainda que a pobreza é o principal fator influenciador do adoecimento psíquico com relações bem estabelecidas entre baixa renda e saúde precária (WARR, 1987; LYNCH, 1997; MARMOT, 2002; PATEL,2007).

Nesse sentido, tomo como um bom parâmetro os valores encontrados na região Sudoeste, esses valores evidenciam um arranjo de distribuição de serviços interessante, que parece facilitar o acesso aos dois CAPS III (Novo Tempo e David Capistrano) no território, ou seja, nestes serviços observa-se uma maior proporção de usuários que acessam o serviço. Destaca-se já que essa é uma região com os piores valores de ICV do município (Figura 6), considerando o fator vulnerabilidade.

É importante que possamos relacionar a distribuição de serviços aqui pontuados à prevalência (tabela 3) do adoecimento nestas regiões, podendo sinalizar uma boa escolha em manter dois CAPS III na região Sudoeste, já que o número de pessoas doentes não aumentou proporcionalmente, em relação às demais regiões da cidade (tabela 3), esse fenômeno será tratado mais adiante junto à tabela 3.

Há que se relacionar também, para uma avaliação coerente das práticas em saúde mental, o perfil sociodemográfico dos usuários que tem frequentado os serviços CAPS III do município, este é um importante componente para orientação da produção de boas práticas em saúde mental por equipamento de saúde.

Na tabela 2, observa-se que os CAPS III em Campinas têm atendido em sua maioria, pessoas do sexo feminino com variação de 51% no CAPS Novo Tempo até 62% no Antônio da Costa Santos, em 2016.

**Tabela 2. Distribuição percentual das usuárias adultas (maiores de 20 anos) em tratamento, segundo o CAPS III por ano. Campinas, 2013-2016.**

| DISTRITO | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| SUL | ANTONIO DA COSTA SANTOS | 56% | 57% | 60% | 62% |
| NOROESTE | INTEGRAÇÃO | 53% | 54% | 54% | 55% |
| NORTE | ESTAÇÃO | 51% | 52% | 53% | 55% |
| LESTE | LESTE ESPERANÇA | 56% | 57% | 57% | 54% |
| SUDOESTE | NOVO TEMPO | 53% | 52% | 51% | 51% |
| SUDOESTE | DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO | 53% | 55% | 53% | 52% |

Fonte: SIARAAS. Elaboração: própria.

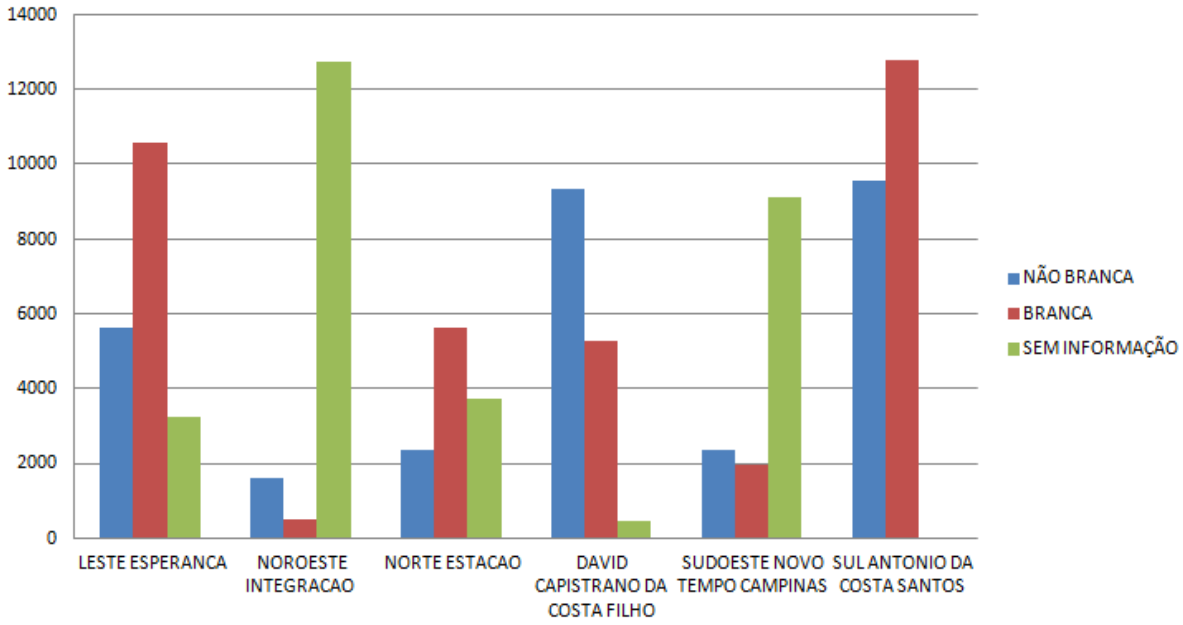
Saliento aqui que os percentuais encontrados acompanham a tendência municipal de aumento do número de mulheres durante esses anos.

Destaco aqui que as mulheres tendem de maneira geral a acessar, procurar e utilizar mais os serviços de saúde, principalmente em idade reprodutiva (PINHEIRO, 2002; ROSA, 2012). O sexo feminino lidera também as principais causas de adoecimento em quase todos os diagnósticos de transtornos mentais, com prevalência menor apenas para transtornos ligados ao uso abusivo de substâncias como álcool, nicotina e outras drogas, quando comparadas ao sexo masculino (MELLO, 2007).

Vale lembrar a importância da inter-relação entre sexo e raça/cor para o planejamento dos serviços de saúde. Em estudo sobre as “etnias e gênero como variáveis sombras na saúde mental”, Rosa e Campos (2012) evidenciaram que a variável gênero acrescida às dimensões étnico-raciais, constituíram associações que delimitam fatores condicionantes de classe social e adoecimento, sendo ainda as bases fundantes das desigualdades que historicamente marcaram a dinâmica da sociedade brasileira (ROSA; CAMPOS, 2012).

Assim quando olhamos o município de Campinas, última cidade brasileira a abolir a escravatura, conforme figura 7, percebemos um número importante de respostas “sem informações” no banco de dados SIA/RAAS, evidenciando ainda as lacunas dos serviços de saúde em preencher essa característica; os CAPS III Integração (86%) e o CAPS III Novo Tempo (68%), distrito Noroeste e Sudoeste respectivamente, tem um número elevado de dados sem registro raça/cor.

**Figura 7: Distribuição (média) dos usuários em tratamento por raça/cor, segundo o CAPS III. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS. Elaboração: própria.

O CAPS III Antônio da Costa Santos, por sua vez, apresenta 57% da sua população Branca e 43% não branca, foi o único serviço em que não houve registro "sem informação" para cor da pele / raça. O CAPS Estação apresentou 54% de população branca. O maior percentual de população não branca acompanhada, se deu no CAPS III David Capistrano da Costa Filho, com 62%.

Ficam evidenciados inequidades no que tange ao acesso de população não branca (negros, pardos, amarelos e indígenas) aos serviços de saúde, e a ausência de implicação profissional em alguns dos serviços CAPS III em considerar o preenchimento da variável em sua rotina de trabalho.

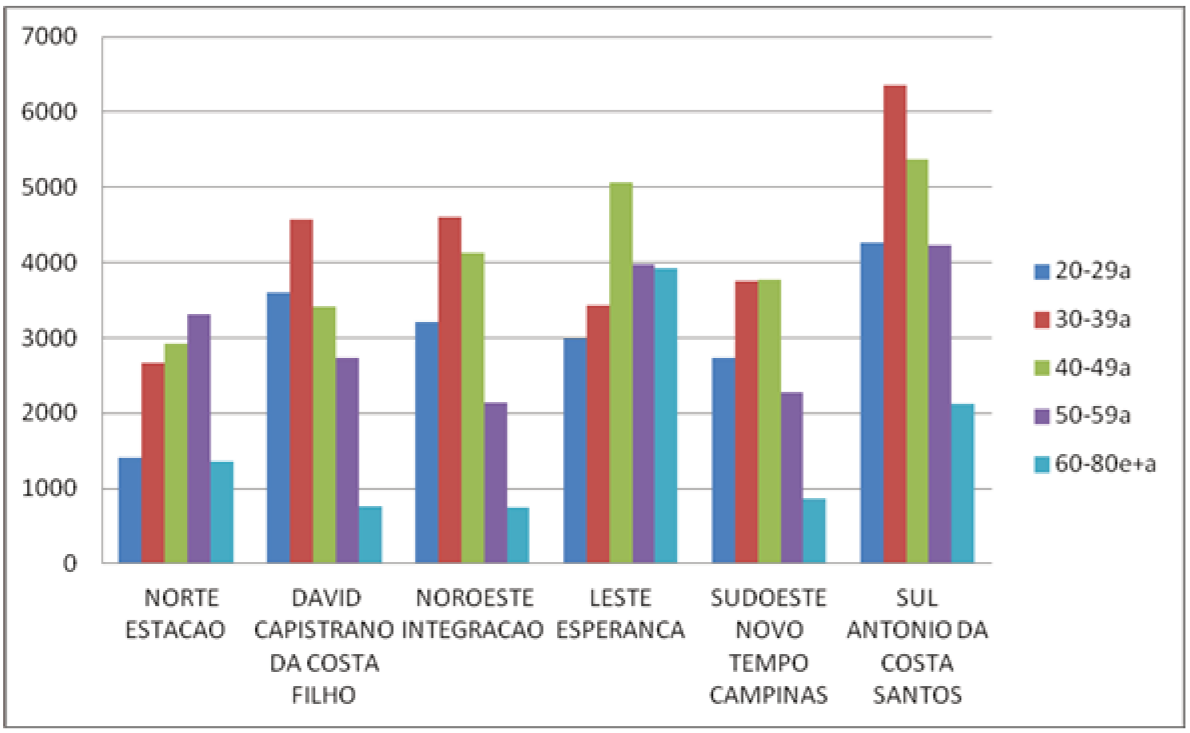
Segundo Smolen (2016) que desenvolveu um estudo sobre a relação raça/cor e os transtornos mentais, a raça pode influenciar diretamente a exposição ao transtorno mental por dois caminhos: o primeiro ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, ou seja, seria um determinante de posição socioeconômica; e o segundo ligado às experiências de discriminação e racismo.

Este autor afirma ainda, que o trabalho de enfrentamento para a diminuição da prevalência de transtornos mentais deve ser direcionado a grupos populacionais e não ao nível individual, entendendo raça enquanto um determinante estrutural de

saúde que influência posição socioeconômica e a exposição à discriminação, mais proximamente ao desenvolvimento dos transtornos mentais (SMOLEN, 2016).

Retomo que variáveis como idade, sexo, raça/cor, renda e diagnóstico geralmente estão fortemente relacionados a fatores como: os recursos individuais e grau de informação da pessoa com transtorno mental, o status social e a sua condição de sociabilidades (ROSA, 2012). Fatores estes que quando considerados potencializam as possibilidades de melhora e reabilitação psicossocial dos usuários.

**Figura 8: Distribuição (média) de usuários em tratamento por faixa etária, segundo o CAPS III. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS. Elaboração: própria.

Sobre a idade (figura 8), notadamente, percebemos que os CAPS III em Campinas vêm atendendo principalmente a população adulta entre 20 e 49 anos, faixa etária essa que corresponde à realidade assistencial aos transtornos mentais, segundo os estudos de prevalência populacionais levantados por Santos (2010) em sua pesquisa de revisão à literatura.

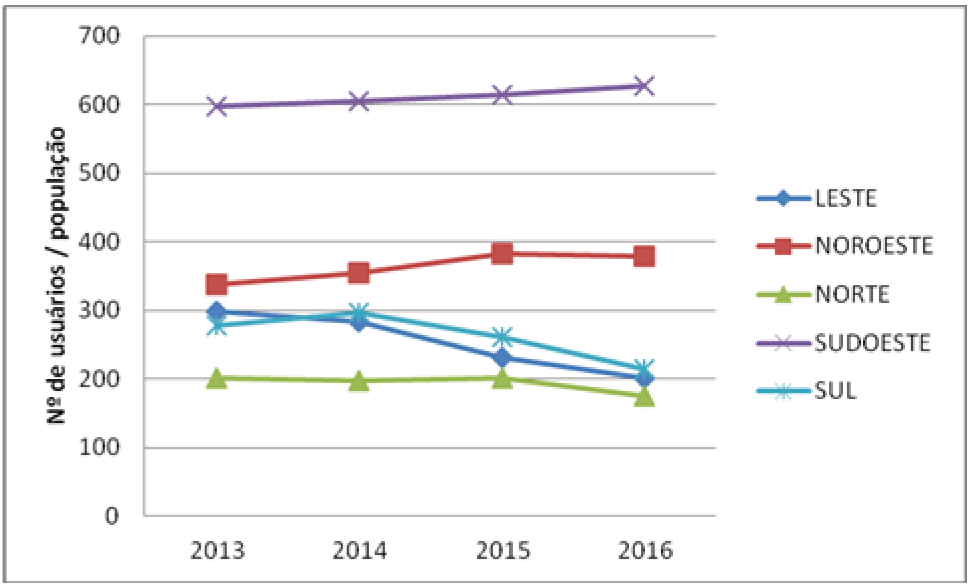
Quero destacar aqui as faixas etárias encontradas no CAPS III Esperança. Este serviço apresentou maior percentual de idosos dentre os acompanhados. O número elevado, quando comparado a outras regiões da cidade, pode estar influenciado ao fato de o CAPS estar próximo territorialmente do Serviço de Saúde Dr.

Candido Ferreira (Hospital Psiquiátrico), local este que concentra um número maior de residências terapêuticas[6]. Aqui é importante considerar, que este distrito também abrange a região central do município, com uma concentração elevada de idosos, o que aumenta a chances de atendimento deste perfil etário (maior de 60 anos).

Outro ponto a ser levado em consideração, é a avaliação da cobertura de CAPS III (figura 9) em Campinas-SP: o dado de cobertura corresponde à proporção de pessoas que podem se beneficiar do tratamento e que realmente os recebem.

Tomando aqui a região Sudoeste enquanto parâmetro, percebe-se um distanciamento quando comparado a outras regiões da cidade; onde as regiões Norte, Leste e Sul apresentam declínio em 2015-2016, a região Noroeste e Sudoeste aumentaram sua cobertura.

**Figura 9: Cobertura anual de CAPS III adulto pela população adulta (maior de 20 anos) por ano (por 10.000 adultos) - Indicador 5. Campinas, 2017.**




Fonte: IBGE / SIARAAS. Elaboração Própria

Ao que parece, as duas regiões mais pobres (Noroeste e Sudoeste) tem conseguido garantir acesso a um número satisfatório de usuários na cidade. Mas qual seria a volume de usuários com transtorno mental severo e persistente (TMSP) nessa

---

*[6] As Residências Terapêuticas são equipamentos para usuários egressos de manicômios, que permaneceram longos períodos privados de sua liberdade em hospitais psiquiátricos, que em sua maioria são idosos, e não possuem forma de permanecer junto a suas famílias nucleares. Este recurso compõe a RAPS, enquanto ponto assistencial para reabilitação psicossocial.*

região? As regiões com menor cobertura estariam atendendo casos graves em seus serviços?

Para responder a essas questões, é importante que possamos avaliar a prevalência de transtornos mentais em cada região distrital Campineira, e entender a distribuição da RAPS no território.

Baseando-se em alguns estudos para estimativa de prevalência de transtorno mental na população geral (KESSELER et al, 1996; BRASIL, 2001, MELLO et al, 2007), há a proposição de índices de adoecimento de 6,0% para Doença Mental Severa (DMS) e 3% Doença Mental Persistente (DMP)[7], esses índices são utilizados para a construção de dados oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), assim tomo-os como parâmetro e utilizar-me-ei então, dos índices e cálculos propostos por esses autores, para uma estimativa da necessidade de prevalência real (número total de casos de transtorno mental persistente e severo - TMSP) e prevalência tratada (proporção da prevalência real que está sendo tratada nos serviços CAPS III – usuários cadastrados, entre os acometidos).

Na tabela 3, podemos observar o potencial de desenvolvimento de transtorno mental persistente e severo (prevalência real) na população em geral por região Campineira em relação à quantidade de usuários que o CAPS III tem tratado (prevalência tratada). Cálculo esse, importante para o embasamento e planejamento de alocação dos serviços de atenção secundários, os quais deverão atender e provisionar a demanda territorial especializada.

*[7] Mello (2007) ressalta que esses cálculos, não consideram as desigualdades sociais e heterogeneidade das regiões no Brasil, o que poderia gerar uma superestimação dos índices de DMS/DMP, em algumas situações.*

**Tabela 3. Distribuição de usuários em tratamento nos CAPS III, pessoas propensas a desenvolver TMSP e população geral, segundo CAPS III por ano. Campinas, 2013-2016.**

| | | ANTONIO DA COSTA SANTOS | % | DAVID CAPISTRANO | % | ESTAÇÃO | % | INTEGRAÇÃO | % | LESTE ESPERANÇA | % | NOVO TEMPO | % | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Usuários em tratamento | | 5973 | 2,0% | 3823 | 3,6% | 3085 | 1,5% | 3714 | 2,3% | 5774 | 2,4% | 3532 | 3,6% | 25901 | 2,3% |
| Pop geral TM graves e persistentes | **2013** | **8932** | **3,0%** | **3183** | **3,0%** | **6231** | **3,0%** | **4795** | **3,0%** | **7274** | **3,0%** | **2975** | **3,0%** | **33391** | **3,0%** |
| População Geral | | 297747 | | 106109 | | 207712 | | 159842 | | 242455 | | 99157 | | 1113022 | |
| Usuários em tratamento | | 6449 | 2,1% | 3965 | 3,7% | 3054 | 1,5% | 3939 | 2,4% | 5515 | 2,3% | 3523 | 3,5% | 26445 | 2,4% |
| Pop geral TM graves e persistentes | **2014** | **9049** | **3,0%** | **3213** | **3,0%** | **6307** | **3,0%** | **4835** | **3,0%** | **7339** | **3,0%** | **2986** | **3,0%** | **33729** | **3,0%** |
| População Geral | | 301618 | | 107092 | | 210245 | | 161151 | | 244639 | | 99546 | | 1124291 | |
| Usuários em tratamento | | 5758 | 1,9% | 4079 | 3,8% | 3165 | 1,5% | 4268 | 2,6% | 4552 | 1,8% | 3571 | 3,6% | 25393 | 2,2% |
| Pop geral TM graves e persistentes | **2015** | **9164** | **3,0%** | **3243** | **3,0%** | **6383** | **3,0%** | **4874** | **3,0%** | **7406** | **3,0%** | **2998** | **3,0%** | **34069** | **3,0%** |
| População Geral | | 305478 | | 108098 | | 212762 | | 162475 | | 246866 | | 99944 | | 1135623 | |
| Usuários em tratamento | | 4906 | 1,5% | 4268 | 3,8% | 2838 | 1,3% | 4329 | 2,6% | 4082 | 1,6% | 3717 | 3,7% | 24140 | 2,1% |
| Pop geral TM graves e persistentes | **2016** | **9561** | **3,0%** | **3345** | **3,0%** | **6608** | **3,0%** | **5013** | **3,0%** | **7633** | **3,0%** | **3041** | **3,0%** | **35201** | **3,0%** |
| População Geral | | 318697 | | 111509 | | 220253 | | 167096 | | 254435 | | 101380 | | 1173370 | |
| Usuários em tratamento | | 23086 | 1,9% | 16135 | 3,7% | 12142 | 1,4% | 16250 | 2,5% | 19923 | 2,0% | 14343 | 3,6% | 101879 | 2,2% |
| Pop geral TM graves e persistentes | **TOTAL** | **36706** | **3,0%** | **12984** | **3,0%** | **25529** | **3,0%** | **19517** | **3,0%** | **29652** | **3,0%** | **12001** | **3,0%** | **136389** | **3,0%** |
| População Geral | | 1223540 | | 432808 | | 850972 | | 650564 | | 988395 | | 400027 | | 4546306 | |

Obs.: O cálculo realizado na Tabela 3 leva em consideração todos os agravos em potencial de saúde mental, como estimativa. Percentuais de acompanhamento da população dizem respeito à quantidade de pessoas que deveriam estar em acompanhamento nos serviços, baseados na prevalência de Transtorno Mental Severo para população em geral. Fonte: TABNET/SIARAAS/IBGE. Elaboração própria.

Observa-se a partir da tabela 3, que o CAPS III Estação, Distrito Norte, tem atendido nos anos estudados menos da metade dos usuários que teriam potencial para atendimento no território. É possível avançar no entendimento da capacidade assistencial dessa unidade relacionamos a tabela 2 com os indicadores de cobertura (Quadro 4) e de estrutura (Quadro 5); quando assim fazemos observa-se uma boa estrutura, com número de profissionais suficiente para a população adscrita, mas com baixa cobertura anual no CAPS III Estação; dados esses que podem evidenciar a necessidade de intervenção distrital para ampliação do acesso a este serviço.

Já quando observamos o distrito Sudoeste, este apresenta uma tendência similar no sentido crescente, no que diz respeito ao total de doentes atendidos, na área, demonstrando os melhores índices, na abrangência de cobertura de CAPS III nesta região.

O Distrito Sul e o Distrito Leste (tabela 3), apresentam cerca de 67% e 79% em 2013 para 51% e 53% de prevalência tratada, respectivamente, em 2016, demonstrando uma diminuição progressiva na tendência. Aqui, destaco a queda de 26% nos usuários acessados, aproximadamente, no CAPS III Esperança, que representaria quase um terço de seus atendimentos.

A capacidade dos CAPS III de Campinas em atender sua população em potencial de maneira geral, tem apresentado discretas quedas nos anos estudados.

Este trabalho aposta na possibilidade de monitoramento da prevalência tratada como direcionamento para avaliação da necessidade de planejamento em nível local (ações educativas dirigidas a grupos específicos para redução do estigma, por exemplo) e nacional/regional (como campanhas educativas e informativas de massa, por exemplo). esses índices servem, então, como uma espécie de alavanca para discutir o modelo de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir das ações/produções registradas (procedimentos, atendimentos, estrutura, articulações de rede, etc.) no território, da qual se deve considerar as heterogeneidades e seus contextos.

Nesse sentido, gostaria de apontar para a observação cautelosa da tabela 4. Nela podemos perceber a distribuição, segundo diagnóstico (CID 10), dos acessos realizados pelos usuários em tratamento aos serviços CAPS III.

A tabela 4 é importante, para uma elucidação da prevalência de transtornos tratados em Campinas, e tem a pretensão em auxiliar e apontar para a necessidade de uma mudança no nível individual e local das práticas terapêuticas, neste município.

**Tabela 4. Percentual dos usuários em acompanhamento nos CAPS III, segundo diagnóstico por ano – Indicador 4. Campinas, 2013-2016.**

| CAPS III | Diagnóstico (CID10) | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|
| ANTONIO DA COSTA SANTOS | Esquizofrênicos (F20-29) | 70% | 71% | 71% | 70% |
| | Humor (F30-39) | 16% | 17% | 17% | 19% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 2% | 1% | 1% | 1% |
| | Outros Transtornos | 11% | 10% | 9% | 9% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 2% | 2% | 2% | 1% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |
| DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO | Esquizofrênicos (F20-29) | 61% | 62% | 62% | 65% |
| | Humor (F30-39) | 21% | 22% | 21% | 20% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 1% | 1% | 1% | 1% |
| | Outros Transtornos | 14% | 13% | 12% | 11% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 3% | 2% | 3% | 2% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |
| ESTAÇÃO | Esquizofrênicos (F20-29) | 73% | 84% | 93% | 96% |
| | Humor (F30-39) | 23% | 13% | 6% | 3% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 1% | 0% | 0% | 0% |
| | Outros Transtornos | 4% | 2% | 0% | 0% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |
| INTEGRAÇÃO | Esquizofrênicos (F20-29) | 67% | 72% | 75% | 79% |
| | Humor (F30-39) | 21% | 19% | 17% | 14% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 2% | 1% | 1% | 1% |
| | Outros Transtornos | 10% | 8% | 7% | 6% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 0% | 0% | 0% | 1% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |
| LESTE ESPERANÇA | Esquizofrênicos (F20-29) | 86% | 87% | 89% | 91% |
| | Humor (F30-39) | 8% | 7% | 4% | 4% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 1% | 1% | 0% | 0% |
| | Outros Transtornos | 5% | 5% | 6% | 5% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 0% | 0% | 0% | 0% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |
| NOVO TEMPO | Esquizofrênicos (F20-29) | 63% | 64% | 64% | 66% |
| | Humor (F30-39) | 22% | 20% | 21% | 21% |
| | Neurótico e Somatoforme (F40-49) | 2% | 3% | 4% | 3% |
| | Outros Transtornos | 13% | 12% | 10% | 9% |
| | Substância psicoativa (F10-19) | 0% | 0% | 0% | 1% |
| | TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração própria.

Quero retomar, também, que não são muitos os estudos sobre prevalência de transtornos mentais em nosso país e destaco os estudos realizados por MELLO et al (2007), em seu livro “Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil”. Esses autores discutem que as psicoses afetivas e a esquizofrenia foram observadas com

prevalência de 1,4% da população em algum momento da vida, sem diferenças significantes entre os sexos. Quando investigados a prevalência do conjunto de distúrbios delirantes (esquizofrenias, manias e outros quadros psicóticos) chegam a atingir prevalências que variaram entre 1% e 4% (MELLO et al, 2007).

Assim, quando observamos a tabela 4, percebemos que Campinas acompanha as tendências conhecidas mundialmente de comorbidades psiquiátricas (MELLO et al., 2007). O CAPS III Esperança demonstra crescimento entre os anos de 2013 e 2016 de usuários psicóticos, ou seja, pessoas portadoras do diagnóstico (CID 10) de esquizofrenia (F20-29) esse valor foi de 86% em 2013 para 91% em 2016; para os casos de Transtorno de Humor (F30-39) esse valor diminuiu de 8% para 4%, entre 2013 e 2016.

Chamo a atenção também, para os valores por comorbidade encontrados nos serviços do Distrito Sudoeste, esta região parece ser a única no município que acompanha, um percentual maior que 35%, nos anos estudados, de transtornos fora do espectro psicótico. Quando comparado esse número aos demais serviços no município, destacamos, novamente o CAPS III Esperança, diferentemente da região Sudoeste, esse CAPS III tem assistido às pessoas portadoras dos quadros de sintomatologias psicóticas, evidenciado possuir e privilegiar o maior acesso às pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, entre 2013 e 2016.

É preciso retomar aqui, que a saúde mental contribui muito na carga de incapacidades no mundo. No Estudo Global de Carga de Doença de 2010 (*Global Disease Burden Study 2010*), os transtornos mentais e o uso problemático de substâncias psicoativas contribuíram com a quinta maior proporção (7,4%) de Anos de Vida Perdidos Ajustados por incapacidade (DALYs), e a maior proporção (22,9%) de Anos de Vida Vividos com Incapacidade (YLD). Quando observada a categoria de transtornos mentais, a esquizofrenia contribuiu com a maior proporção de DALYs, substituindo o índice por uso problemático de álcool e outras drogas (WHITEFORD et al, 2013).

De maneira geral, neste trabalho, os maiores percentuais de transtornos mentais acompanhados pelos serviços, em Campinas pertencem a pessoas que receberam o diagnóstico (CID10) de Esquizofrenia (F20-29) seguida pelo Transtorno do Humor (F30-39). Juntos, esses diagnósticos representam mais de 80% dos usuários acompanhados em todos os CAPS III do município, diagnósticos esses que

evidenciam a gravidade dos casos, com potencial de cronificação, ou seja, perfil elegível para acompanhamento nos CAPS III do município.

Kohn et al (2005), apontam para a necessidade de se conhecer a prevalência dos transtornos mentais, a carga de morbidade, a redução da qualidade de vida e a lacuna no tratamento, dada pela diferença entre as taxas de prevalência verdadeiras e as taxas de pessoas tratadas nos serviços de saúde, e propõem que coloquemos os transtornos psiquiátricos, enquanto assunto prioritário para a saúde pública, com a necessidade da ampliação dos programas, atualização e formulação de novas políticas de saúde mental.

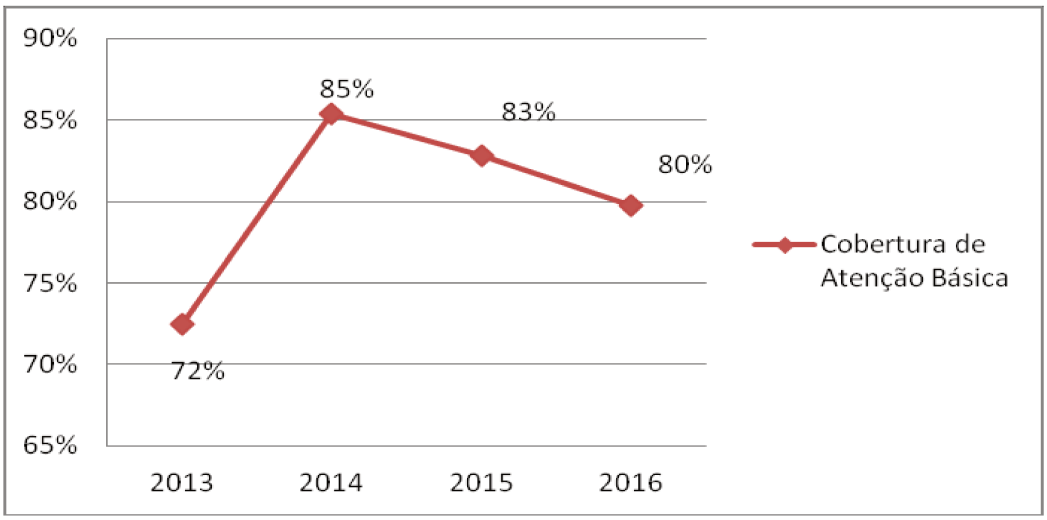
Espera-se, portanto, que os serviços em nível local consigam observar as características de quem os tem acessado e possam relacioná-las a indicadores que sustentem uma atenção focada nas “Boas práticas em Saúde Mental”. Acredito que com uso de ferramentas básicas de gestão cotidiana, a reorganização da dinâmica das ações terapêuticas se tornará efetiva e perene em busca de melhores resultados para seus usuários, familiares e comunidade sempre equilibrada aos demais pontos da rede.

Apresentarei, então, nos próximos itens, discussão e o resultado de alguns dos fatores que interagem e interferem na acessibilidade aos serviços, ou seja, a proposta de indicadores de saúde construídos, a partir da discussão feita nos capítulos anteriores, sua análise e seus potenciais de formulação e composição para a avaliação do acesso enquanto princípio ético, apoiado no referencial de “Boas Práticas em Saúde Mental” (THORNICROFT; TANSELLA, 2010), divididos em Atenção Básica, CAPS III e Atendimento Hospitalar.

## 5.1 Indicadores de cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica

É preciso destacar, já de início, que Campinas é um município que apresenta altos índices de cobertura de atenção básica (figura 10), mas tem apresentado diminuição, progressiva, nos últimos três anos com uma variação de 85% em 2014 para 80% em 2016.

**Figura 10: Cobertura de Equipes de Saúde da Família, por ano – Indicador 1. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/SUS, CNES e IBGE. Elaboração própria.

Esse fenômeno pode ser justificado pelas intensas mudanças que a cidade vem sofrendo com a troca e conflitos entre a gestão municipal e a ONG Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, que administra a saúde mental em cogestão. Esses conflitos culminaram em 2014 com a saída maciça dos trabalhadores Cândido Ferreira (ONG - SSCF) de suas atividades na Atenção Básica, devido TAC (Termo de Ajustamento de Conduta) estabelecido pelo Ministério Público, que determinou apenas contratações de Recursos Humanos via administração direta para todos os serviços na atenção básica. Muitos centros de saúde ainda não conseguiram repor seu pessoal (especialmente de Saúde Mental) e a prefeitura no município não tem aberto concursos públicos, na rapidez necessária, para reposição de algumas categorias profissionais.

**Quadro 9: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razão do nº de profissionais de SM (psicólogo e psiquiatra) na Atenção Básica pela população (por 100.000 hab.) | 2 | David Capistrano da Costa Filho | 3 | 5 | 7 | 5 |
| | | Integração | 7 | 8 | 9 | 12 |
| | | Esperança | 6 | 7 | 7 | 7 |
| | | Estação | 65 | 50 | 55 | 47 |
| | | Novo Tempo | 5 | 5 | 6 | 6 |
| | | Antonio da Costa Santos | 5 | 5 | 6 | 7 |
| Razão do nº de atendimentos (individual e grupo) realizados por psicólogo na AB/ população (por 1000 hab./ ano). | 3 | David Capistrano da Costa Filho | 19 | 9 | 12 | 6 |
| | | Integração | 17 | 14 | 19 | 11 |
| | | Esperança | 13 | 11 | 8 | 8 |
| | | Estação | 43 | 42 | 42 | 36 |
| | | Novo Tempo | 18 | 6 | 9 | 8 |
| | | Antonio da Costa Santos | 20 | 16 | 18 | 11 |
| Razão do nº de atendimentos (individual e grupo) realizados por psiquiatra na AB/ população (por 1000 hab./ ano) | 3.1 | David Capistrano da Costa Filho | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | Integração | 8 | 7 | 11 | 10 |
| | | Esperança | 4 | 2 | 3 | 2 |
| | | Estação | 40 | 38 | 29 | 22 |
| | | Novo Tempo | 7 | 7 | 7 | 4 |
| | | Antonio da Costa Santos | 15 | 20 | 19 | 12 |
| Nº de matriciamento de equipes da atenção básica por CAPS | 19 | David Capistrano da Costa Filho | 315 | 188 | 173 | 206 |
| | | Integração | 191 | 93 | 94 | 91 |
| | | Esperança | 209 | 244 | 301 | 259 |
| | | Estação | 90 | 125 | 199 | 210 |
| | | Novo Tempo | 258 | 208 | 257 | 179 |
| | | Antonio da Costa Santos | 49 | 74 | 106 | 129 |

Obs.: O indicador de número 19 se refere à números absolutos. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

No que tange ao indicador de nº 2, apresentado no quadro 9, quando analisadas suas tendências, percebemos que o distrito Sul (CAPS III Antônio da Costa Santos) e o Noroeste (CAPS III Integração) demonstram um aumento no número de profissionais de saúde mental (médico psiquiatra e psicólogo) na atenção primária, apresentando variações entre 4,7 e 6,9/100 mil habitantes em 2013 e 6,6 e 12/100 mil habitantes em 2016, respectivamente.

*O* distrito que se destaca em número absoluto, neste indicador, é o distrito Norte (CAPS III Estação) ao apresentar uma variação entre 65 e 47 profissionais de Saúde Mental por 100 mil habitantes, em 2013 e 2016, respectivamente. Aqui quero destacar que esse valor evidência números muito maiores quando comparados aos parâmetros utilizados, ou seja, quando a média por profissional psiquiatra para cada 100 mil habitantes é de 5,8 e para profissional psicólogo[8] pode variar entre 3,3 e 3,7 profissionais para 100 mil habitantes.

É importante dizer que ainda não há um parâmetro estipulado pelo Ministério da Saúde para quantificação do número de psicólogos por habitantes, utilizarei neste trabalho o estudo de Franco que evidenciou o valor de 3,3 psicólogos para cada 100 mil habitantes no estado de São Paulo e 3,7 na Região Sudeste do país, atuado na Atenção Básica (FRANCO et al., 2003).

Quanto aos atendimentos, individual e em grupo, para o profissional psicólogo o menor valor encontrado foi no distrito Leste (CAPS III Esperança), saindo de 13/100mil habitantes em 2013 para 8/100mil habitantes em 2016, enquanto o distrito Norte (CAPS III Estação) apresentou o maior valor (43/100mil habitantes em 2013 e 36/100mil habitantes em 2016); quanto ao número destes atendimentos para o profissional psiquiatra, o distrito Norte (CAPS III Estação) se destaca, novamente, com valores entre 40 e 22 atendimentos por 100 mil habitantes, nos anos estudados.

Esses números encontrados na região Norte, chamam atenção por se destacar dos demais distritos e podem demonstrar inequidades na organização e distribuição no número desses profissionais entre os distritos na cidade. Essas diferenças precisam ser mais bem estudadas, no sentido de acompanhar as

---

[8] *FRANCO et al, em 2003¸ utilizando-se de uma análise dos dados cadastrais registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) aponta para discussão da existência de 11,3 profissionais de psicologia para 100 mil habitantes no Estado de São Paulo e 12,9 psicólogos/100 mil habitantes na região Sudeste, mas apenas 29,4% estariam atuando na Atenção Básica em saúde.*

mudanças de prevalência dos transtornos mentais no território e melhor dimensionar os recursos humanos disponíveis.

Quero destacar, a importância da ampla compreensão sobre as necessidades de cuidado social e à saúde da população com transtorno mental, ressaltando novamente a função de uma atenção equilibrada em Saúde Mental (THORNICROFT, 2008) onde, todos os níveis de atenção, são importantes e devem funcionar em consonância, para a garantia da integralidade e da continuidade intersetorial do cuidado em Saúde Mental, relembro também a concepção discutida nos capítulos anteriores sobre a resolutividade na atenção básica, ou seja, a grande maioria dos transtornos mentais da população (principalmente os relativos à ansiedade e depressão) podem ser resolvidos e tratados na atenção primária em saúde (THORNICROFT, 2010).

Ao analisarmos o indicador 19, sobre matriciamento das equipes de AB, podemos perceber que os distritos Leste, Sudoeste e Norte, são os que mais recebem matriciamento das equipes de CAPS III na Atenção Básica. Quero destacar a região Sudoeste que apresentou durante os anos estudos, uma diminuição progressiva nos valores deste indicador, mesmo assim (com a diminuição do valor absoluto de matriciamento) ao longo dos quatro anos (573 matriciamentos em 2013 para 385 matriciamentos em 2016) conseguiu manter-se em destaque nas trocas e suportes ofertados à atenção básica. A região Norte que realiza o menor número de matriciamentos vem aumentando suas atividades saindo de 90 matriciamento em 2013 para 210 matriciamentos em 2016.

É preciso destacar, também, que o matriciamento adotado por Campinas é um arranjo potente na desconstrução do estigma, evitando atrasos no início do tratamento do usuário e por tanto, efetivamente, tem demonstrado ser uma ferramenta fomentadora de melhores resultados nos cuidados em Saúde Mental (CAMPOS, 1999; PMC, 2001; CAMPOS, 2010; BRASIL, 2011; CAMPOS, 2013).

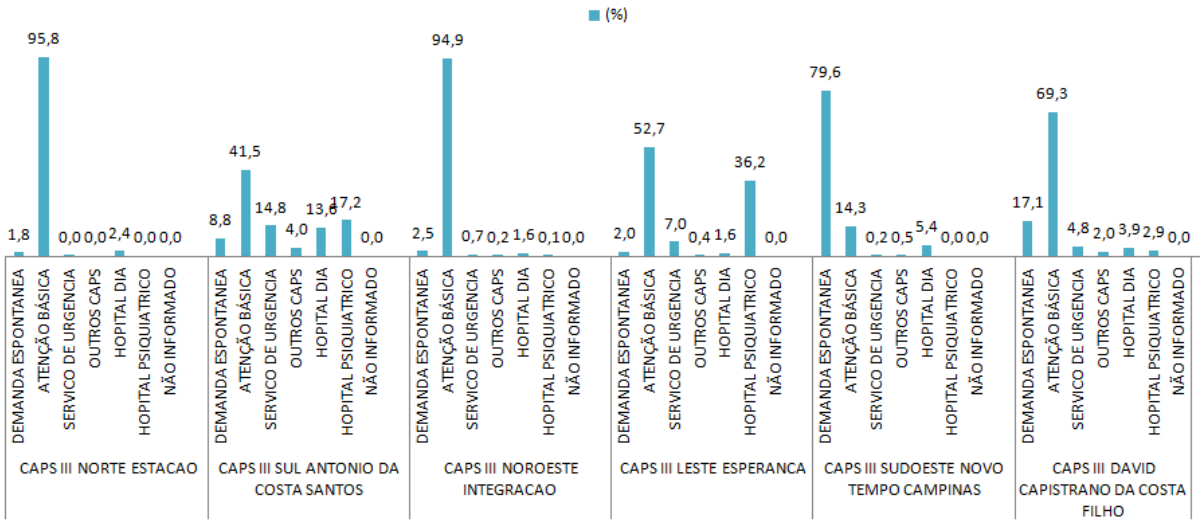
Os indicadores apresentados neste estudo, de maneira geral, apontam para uma diminuição na capacidade da Atenção Básica em atender as demandas de Saúde Mental. Mesmo com o aumento do contingente de profissionais em 2016 (impacto do concurso público) ainda não houve reverberação no sentido de ampliação do atendimento e ofertas à população, em números observáveis.

## 5.2 Indicadores de cuidados em Saúde mental na Atenção Secundária

Campinas demonstra possuir uma cobertura de CAPS III pela população (Indicador 1 – figura 8) maior que o parâmetro indicado pelo Ministério da Saúde (1 CAPS/ 200 mil habitantes), mas observa-se que a região Leste vem apresentando na tendência linear uma diminuição nessa cobertura.

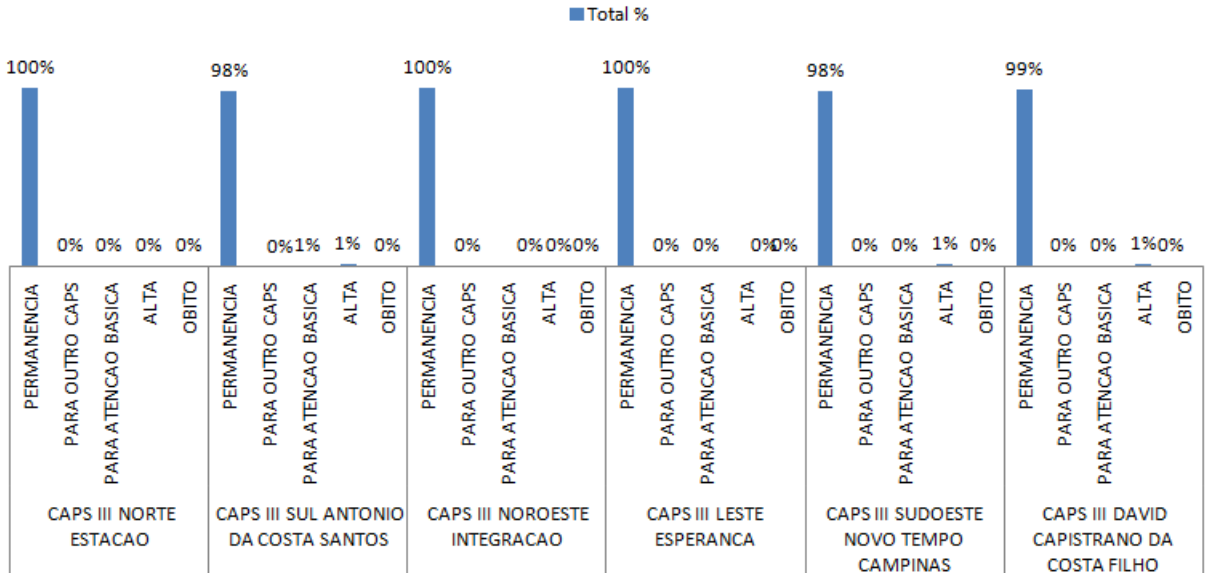
Sobre às avaliações em nível local, destaco a necessidade de monitoramento do percurso dos usuários ao longo dos serviços de saúde mental (THORNICROF; TANSELLA, 2010). A avaliação da acessibilidade e da continuidade dos cuidados deve estar intimamente ligada à disponibilidade dos serviços locais, e ao modelo clínico e de tratamento, no qual esses equipamentos se baseiam, para o fornecimento do cuidado em saúde mental em todos os pontos de rede que compõe a RAPS no município.

**Figura 11: Percentual de usuários a partir da origem do encaminhamento (referência), segundo CAPS III - Indicador 7. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS. Elaboração própria.

**Figura 12: Percentual de usuários a partir de seu destino (contrarreferência), segundo CAPS III - Indicador 8. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS. Elaboração: própria.

Assim, trago à luz da discussão a figura 10, a qual apresenta o local de origem dos usuários que procuram por tratamento nos CAPS III do município, segunda a porta de entrada que pode ser por demanda espontânea, atenção básica, serviço de urgência, outro CAPS, Hospital Dia e Hospital Psiquiátrico. E a figura 11 com os tipos de encaminhamentos que os CAPS III tem feito para os usuários que acessaram os serviços, composto por 5 elementos que a RAAS possibilita acompanhar em seus registros, quanto ao seu destino: a permanência do usuário no serviço, a continuidade de acompanhamento em outro CAPS, à continuidade de acompanhamento na atenção básica, sua alta (administrativa ou por abandono no tratamento) e o óbito.

Neste sentido, uma avaliação implicada do percurso do usuário pode revelar importantes pontos fracos do sistema local, como falhas no referenciamento e contrarreferenciamento de cuidados, além de áreas de sobreposição de recursos (onde vários serviços ofertam ações similares aos usuários).

Quanto ao estudo da Rede da Atenção Psicossocial seria esperada que grande parte dos usuários referenciados, viessem, de fato, orientados a partir de atendimentos e avaliação na atenção básica e, consequentemente, um número muito pequeno de usuários referenciados diretamente pela Atenção Hospitalar.

Esses valores auxiliam na organização de uma rede coerente e alinhada quanto à necessidade do usuário e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal como descrito nos dados encontrados em Campinas até aqui, ocorre, todavia em uma região índices menores que 70% (Distrito Leste). Evidenciando dessa forma uma discrepância no que refere as portas de entrada para os cuidados em saúde mental.

Ressalto que esse processo se mediaria a partir da possibilidade do CAPS III de realizar o seu papel de articulador das redes: matriciando e acompanhando seus usuários com interface potente frente às equipes de atenção básica e da atenção hospitalar. Essa articulação, portanto, é fundamental na análise desta pesquisa observando sempre os dados de registros de produção desses equipamentos em relação a sua articulação de rede.

Gostaria de retomar a discussão, relembrando, os fatores que influenciam o tipo de atendimento oferecido pelos CAPS III. Aqui destaco o Indicador 4 (tabela 4) que aponta o atendimento de mais usuários com diagnóstico de esquizofrenia pelos serviços, seguido pelo diagnóstico (CID 10) de transtorno de humor, o que pode significar a piora dos casos em atendimento (quadro clínico) nos CAPS III, que dificulta processos como a continuidade do cuidado na atenção básica, por exemplo, já que todos os CAPS III têm mantido a maioria de seus usuários em acompanhamento no serviço (percentual de “permanência” na figura 12).

É importante levar em conta, as possibilidades de discrepâncias nos registros de dado disponível no RAAS, já que nos serviços especializados uma quantidade rotineira de casos é acolhida e/ou triada, mas não permanecem em tratamento ou não são inseridos nos CAPS III por não atender ao perfil de atendimento desses equipamentos. Apesar de gerar um procedimento de “acolhimento inicial” (BPA/I), quase sempre, o encaminhamento do caso quando não permanece no serviço é subnotificado, influenciando diretamente os valores encontrados no indicador 8 (figura 11), o qual aponta um número elevado de usuários que “permanecem” no serviço.

Observa-se na figura 11 que a maioria dos usuários chega a Atenção Secundária em Saúde Mental, com avaliação e referenciamento da Atenção Básica de Saúde em todos os distritos estudados. A Região Sul e Leste se destacam pelo alto índice de origens vindas de serviços como Hospital psiquiátrico, Hospital Dia e Urgência/Emergência sendo 45,6% no distrito Sul e 43,3% no distrito Leste (17,2% e 36,2%, apenas em Hospital psiquiátrico, respectivamente), no período de 2013 e

2016. Evidenciando menor articulação desses serviços com a AB e salientando a importância de fortalecimento da RAPS no Distrito Sul e Leste de Campinas.

Percebemos, também, que um alto percentual de usuários que iniciam tratamento no CAPS III permaneceu no serviço (98-100% do total de usuários inseridos) sem articulação da continuidade intersetorial. Também destaco o aparecimento de Altas, nos CAPS do Distrito Sul e Sudoeste, que evidenciam o desligamento do usuário sem referenciamento ou articulação de rede para continuidade do tratamento.

Esses percentuais são importantes analisadores do potencial do CAPS III de acompanhar seus casos e da qualidade dos seus encaminhamentos. Espera-se que o usuário permaneça em atendimento na atenção básica mesmo durante seu referenciamento para atenção secundaria, e quando do atenuante do quadro de transtorno mental, possa retornar plenamente seu atendimento na AB.

O aparecimento do índice de altas na região Sul e Sudoeste, quando comparadas às demais regiões, impressionam e podem estar relacionadas às altas "a pedido do próprio usuário" ou por "abandono de tratamento" (também conhecida enquanto alta administrativa – mais de três meses de ausência no serviço[9]) e demonstram uma descontinuidade no acompanhamento e uma baixa qualidade na forma de articulação desses casos, que tiveram tratamento descontinuado nos serviços.

Essa fotografia do acesso aos CAPS III pode ser mais bem avaliada quando levamos em consideração, também, a capacidade do serviço em acolher seus usuários. Para tanto o Indicador 6 (quadro 11) pode nos ajudar com essa observação.

*[9] O sistema de informação de registros ambulatoriais RAAS, considera alta para todos os usuários que não tiveram produções registradas, ou seja, nenhuma ação cadastrada no período de três meses após a data de inserção no serviço CAPS.*

**Quadro 10: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano – Indicador 6. Campinas, 2013-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razão do nº de usuários em acolhimento diurno em centro de atenção psicossocial (por 10.000 hab. / ano) em CAPS | 6 | David Capistrano da Costa Filho | 834 | 812 | 993 | 879 |
| | | Integração | 670 | 140 | 117 | 116 |
| | | Esperança | 1093 | 934 | 1178 | 1127 |
| | | Estação | 4259 | 4673 | 3703 | 969 |
| | | Novo Tempo | 246 | 187 | 344 | 288 |
| | | Antonio da Costa Santos | 1149 | 754 | 981 | 1404 |

Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

Ao analisamos o indicador 6 (quadro 10) trazemos para a discussão a observação do número de acolhimentos diários realizados pelos CAPS III, ou seja, quantos usuários têm sido acompanhados nos serviços, no período diurno.

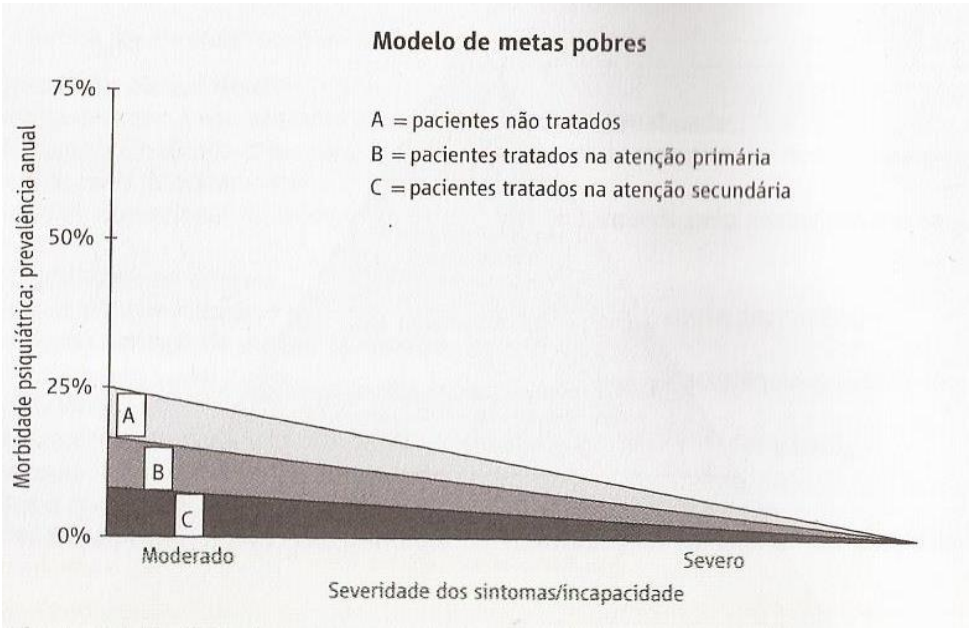
Observa-se, em números absolutos, que esses valores são maiores nos CAPS III Estação, Esperança e Antônio da Costa Silva, enquanto os CAPS III das regiões Sudoeste (influenciada pelo CAPS III Novo Tempo que apresenta o menor número, com uma média de 266 acolhimentos diurnos por 10 mil habitantes/ano) e noroeste apresentam os menores valores. Esses dados apontam que apesar do município oferecer uma boa cobertura de CAPS III nas regiões mais pobres do município, possuiu restrições quanto aos acolhimentos realizados durante o período diurno, o que pode decorrer do fato de que um número menor de usuários tem permanecido em acolhimento diurno (permanência de mais de 1 período no CAPS III, que pode variar entre permanências de 4 a 8 por dia) nestes serviços.

O Distrito Norte apresentou números que demonstram ser em média os maiores acolhedores do município (3401 acolhimentos diurnos por 10 mil habitantes/ano) e ao mesmo tempo são o serviço que mais possui altas sem referenciamento e continuidade do cuidado (figura 12 - indicador 8). É importante lembrar aqui, que a construção de indicadores claros para esse quesito (acolhimento diurno) tem a pretensão de melhorar a qualidade da interpretação do dado produzido diariamente nos CAPS III. As dúvidas no preenchimento e falta de treinamento em serviço podem influenciar nessas diferenças tão dispares entre os números encontrados.

Neste bojo, Thornicroft e Tansella (2010) em seus estudos sobre o fluxo de atendimento na rede, destacam haver consenso a respeito de que as pessoas que devem receber prioridade no tratamento são aquelas **mais incapacitadas**, e que os serviços que atuam com cuidado em saúde mental devem funcionar com oferecimento de ações conforme a necessidade dessas pessoas, ou seja, as pessoas que possuem transtornos mentais severos e persistentes (tabela 3) devem ser priorizadas, e, para tanto, a gestão local dos serviços deve desenvolver metas que correspondam à garantia de atendimento aos diferentes graus de incapacidade e contextos de tratamento, independente do ponto de rede acessado.

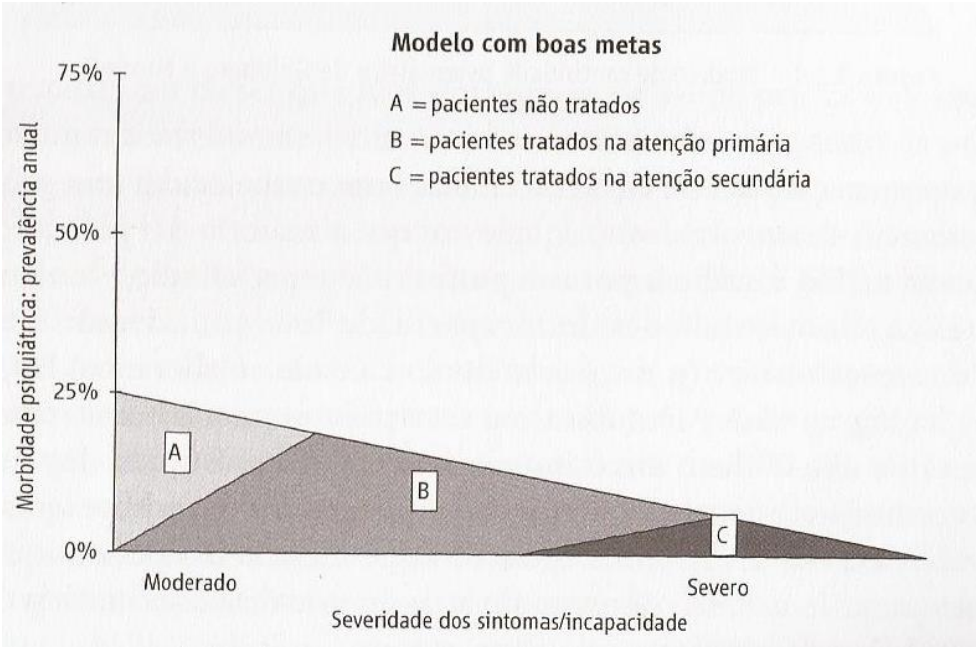
Para um melhor entendimento, trago abaixo as figuras 13 e 14, que nos auxiliarão no entendimento das dinâmicas intersetoriais de atendimento dos serviços na RAPS, segundo o referencial das “Boas práticas em Saúde Mental”.

**Figura 13: Relação entre graus de incapacidade e contextos de tratamento em serviços com metas pobres.**




Fonte: Thornicroft e Tansella (2010), 134pp.

**Figura 14: Relação entre graus de incapacidade e contextos de tratamento em serviços com boas metas.**




Fonte: Thornicroft e Tansella (2010), 134pp.

As figuras 13 e 14, acima, representam modelos que devem ser analisados cuidadosamente, onde (A) representam as pessoas com transtorno mental que não recebem cuidado, (B) as pessoas com transtorno mental que são cuidadas pela atenção básica e (C) as pessoas com transtorno mental que são cuidadas pela atenção secundária (especializada). Explicitando o rigor para a construção de boas metas em saúde mental.

O “modelo de metas” exposto, confirma que a melhor maneira de observar o processo em nível local e individual, é acompanhar as ofertas terapêuticas das equipes nos serviços, sua disponibilidade e oferta a grupos-alvos de pessoas com transtorno mental a partir de programas cuidadosamente organizados pelo nível local e garantidos estruturalmente pelo nível nacional/regional (avaliação do processo).

Esses autores salientam que o estabelecimento de metas é necessário para a produção de boas práticas, mas **não é suficiente**. E consideram que a capacidade do serviço secundário (especializado) em atender é um fator crucial que deve ser suficientemente grande para oferecer assistência com uma boa relação custo-efetividade para todos os casos que preenchem os critérios de transtorno mental severo daquele território.

### 5.2.1 O Projeto Terapêutico Singular e Práticas em Grupo no CAPS III

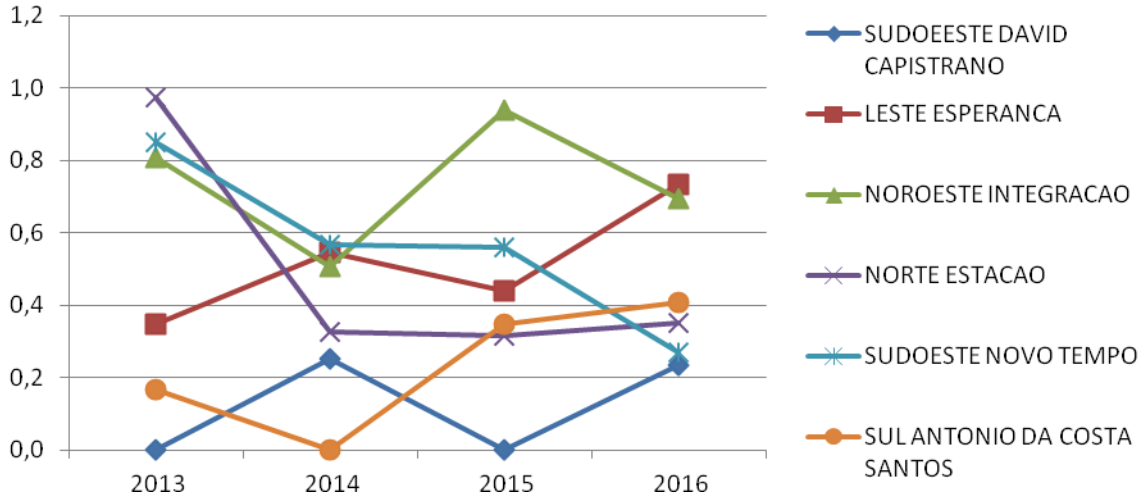
Como tema central deste trabalho, retomo nesta secção a necessidade de uma avaliação da entrada individual, local e regional (acessibilidade), para que tenhamos melhores resultados para as pessoas com sofrimento mental. Thornicroft e Tansella (2010) discutem a improbabilidade de que apenas um indicador de medida seja suficiente para essa análise.

Estes autores (THORNICROFT; TANSELLA, 2010) defendem que a complexidade dos serviços demanda índices quantitativos e qualitativos para tal avaliação, reafirmando que para aprofundamento do percurso do usuário em seu nível individual, precisamos analisar a fase processual, ou seja, as habilidades, o conhecimento da equipe e as ofertas para os usuários e seus cuidadores.

Assim, faço um esforço de identificar nos dados secundários elementos que possam trazer para discussão o modelo de trabalho em equipe de referência proposto em Campinas, e algumas das práticas que sugerem a reabilitação psicossocial nos CAPS III, e proponho relacioná-las a uma análise da disponibilidade estrutural para a viabilidade do funcionamento e acesso desses serviços.

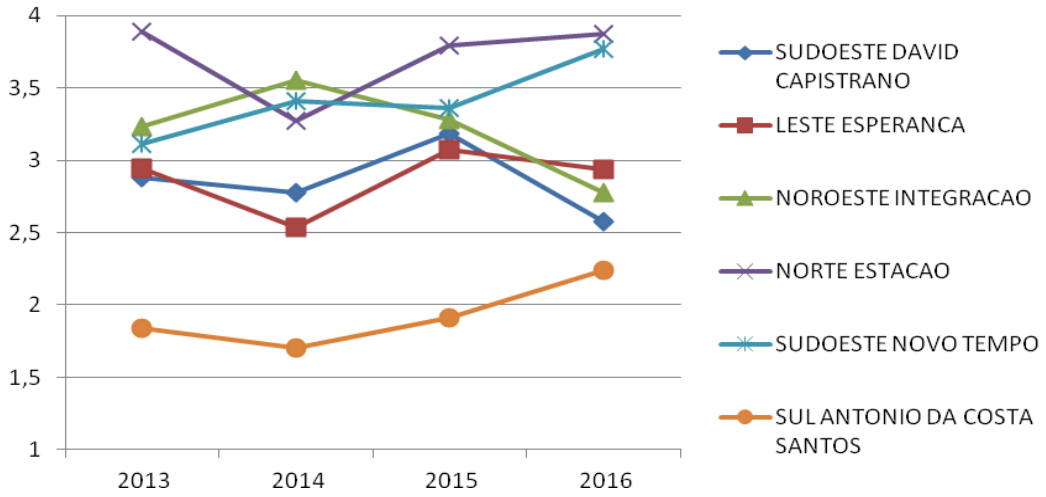
Nesse sentido qual seria o número de trabalhadores que estão desempenhando papel tecnicamente especializado nos CAPS III? E qual a disponibilidade dos atendimentos aos usuários para facilidade do acesso ao cuidado continuado?

**Figura 15: Razão do número de profissionais psiquiatras, segundo CAPS III, por ano (por 1.000 habitantes) – Indicador 11. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

**Figura 16: Razão da soma do número de Profissionais não médicos (AS+PSI+TO), segundo CAPS III, por ano (por 1.000 habitantes) – Indicador 12. Campinas, 2013-2016.**




Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

Ao analisarmos o número ideal de psiquiatras para cada CAPS III, a portaria 336/2004 do Ministério da Saúde propõe 1 psiquiatra para cada 45 pacientes por turno (6h) ou 2 para cada 60 pacientes por dia. Agora focando no município de Campinas

e na razão desses profissionais por distritos sanitários, os números são alarmantes. Os serviços têm tido cada vez menos a presença do profissional psiquiatra, e alguns tem trabalhado apenas com retaguarda de clínicos gerais. O CAPS III David Capistrano (figura 16), por exemplo, tem um número quase nulo de profissionais nos 4 anos estudados, e mesmo assim tem acolhido um número satisfatório de usuários em momento de crise (quadro 11 – disponível no item abaixo). O CAPS III que demonstra o melhor valor em relação ao quadro de psiquiatras é o Integração que também tem tido bons valores no acolhimento a crise no serviço (quadro 11 – disponível no item abaixo).

Já em relação ao número de outros profissionais (não médicos de nível superior) a mesma portaria propõe que sejam considerados uma média de 8 profissionais por 60 usuários diariamente (+ou- 21.900 usuários por ano); o serviço que demonstra destaque em valores absolutos é o CAPS III Estação, situado no distrito Norte com média de 4 profissionais para cada 1 mil pessoas atendidas.

É importante pontuar, que o número de profissionais nestes serviços não significou necessariamente uma ampliação nos atendimentos realizados (indicador 6), por exemplo, quando analisamos os CAPS III Estação e Integração, estes apesar de apresentar um número muito próximo de recursos humanos (média de psiquiatras e profissionais não médicos) atenderam um número discrepante de usuários (969 e 116 usuários, respectivamente, em 2016); evidenciando a necessidade de outros estudos a fim de realizar comparações quanto ao processo de trabalho e de gestão dos serviços estudados.

O número de profissionais não médicos parece sustentar a possibilidade de um trabalho responsável e mais individualizado, com a complexidade da construção de PTS, garantindo o funcionamento da equipe em profissional de referência. Mas a impossibilidade de um trabalho clínico conjunto ao médico limita os PTS e torna o trabalho pouco estruturado, em que muitas vezes alguns usuários inseridos no leito-noite, por exemplo, necessitariam ser acolhidos em unidade de urgência e emergência, para atendimento médico, descontinuando o cuidado e podendo gerar conflitos entre as propostas e éticas no tratamento.

Para que desempenhemos um papel adequado de assistência em saúde mental, é preciso estabelecer *padrões mínimos de cuidado*; esses são frequentemente definidos pelos níveis regional/nacional, para o monitoramento e definição das práticas, podendo ser aplicados aos recursos financeiros e humanos

adequados para desenvolvimento e atendimento necessidade de saúde mental nos níveis local e individual. Não se esquecendo de que *padrões clínicos* bem estabelecidos nacionalmente e regionalmente também podem ser estabelecidos a partir de protocolos, formulários de prescrição com fluxos pré-estabelecidos, sistemas padrão de diagnósticos, uso de guias para tratamento e orientação baseada em evidências (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

**Quadro 11: Indicadores de avaliação de PTS e Práticas em Grupos dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razão do atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab.. / ano) em CAPS | 14 | David Capistrano da Costa Filho | 764 | 810 | 896 | 963 |
| | | Integração | 768 | 786 | 835 | 831 |
| | | Esperança | 871 | 902 | 957 | 957 |
| | | Estação | 637 | 521 | 568 | 735 |
| | | Novo Tempo | 755 | 823 | 880 | 895 |
| | | Antonio da Costa Santos | 962 | 978 | 977 | 986 |
| Razão do nº de Atendimentos familiares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) | 15 | David Capistrano da Costa Filho | 946 | 886 | 712 | 571 |
| | | Integração | 725 | 720 | 660 | 534 |
| | | Esperança | 257 | 258 | 350 | 357 |
| | | Estação | 303 | 308 | 644 | 811 |
| | | Novo Tempo | 487 | 363 | 246 | 205 |
| | | Antonio da Costa Santos | 307 | 388 | 208 | 174 |
| Razão do nº de atendimentos domiciliares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) em CAPS | 18 | David Capistrano da Costa Filho | 2806 | 1671 | 1081 | 1224 |
| | | Integração | 3534 | 16291 | 17100 | 10280 |
| | | Esperança | 288 | 268 | 709 | 3326 |
| | | Estação | 78 | 78 | 318 | 5455 |
| | | Novo Tempo | 34379 | 59364 | 50041 | 85664 |
| | | Antonio da Costa Santos | 278 | 329 | 214 | 131 |

Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

Coloco também em análise o indicador 13 - razão do atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) em CAPS III; o indicador 14 - razão do atendimento em grupo de paciente em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano em CAPS) e o indicador 15 - razão do número de atendimentos familiares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano).

Percebemos que a região Sudoeste lidera o número de atendimentos individuais e em grupo, quando comparada às demais regiões, mesmo com uma equipe menor do que outros CAPS III e com uma baixa participação do profissional psiquiatra durante os anos estudados.

Mas qual seria o fator que traria o aumento desses valores? Se pensarmos que essa mesma região também é responsável pelo aumento dos acolhimentos diurno (indicador 6) e de crise (indicador 9), podemos relacionar esse fenômeno a atendimentos "mais complexos" (usuários mais graves, com agudizações mais frequentes, por exemplo) explicando esse número mais elevado de atendimentos individuais e de grupo.

À medida que esses serviços atendem uma cobertura maior de indivíduos e de maior complexidade, situada em região periférica do município, com uma população mais vulnerável, parece que os equipamentos CAPS III da região Sudoeste aumentam as chances de ser o local de primeira escolha quando da crise de seus usuários, gerando assim um maior número de procedimentos.

Podemos também tentar relacionar essa região ao indicador 15. Observamos aí que o acolhimento às famílias, nos dois CAPS III da região Sudoeste demonstra os maiores números, em relação às demais regiões, mas progressivamente tem diminuído sua quantidade nos anos estudados. Não trabalhar com as famílias de quem está sendo tratado, aumenta as chances de agudização do quadro e de um tratamento apenas focados no momento de crise clínica do sujeito (THORNICROFT; TANSELLA, 2010).

THORNICROFT e TANSELLA (2010) explicam que muitas vezes sob o discurso da confiabilidade das informações trazida pelos usuários cuidados e do sigilo profissional, exclui-se à família do acompanhamento, tratamento e de informações e fatos relevantes. Quando pensamos em uma assistência em Saúde Mental baseada em "Boas Práticas em Saúde Mental", o trabalho com a família torna-se central para a possibilidade de reabilitação do sujeito. O CAPS III com melhores valores no

indicador 15 é o CAPS III da Norte, o Estação (que passou de 303 em 2013 para 811 em 2016), um solo fértil para investimentos em pesquisas de maior aprofundamento qualitativo para entender a relação entre os equipamentos e a dificuldade em promover ações com a família.

Além disso, deve-se destacar o papel fundamental do nível Nacional/Regional na melhoria do conhecimento público sobre os transtornos mentais e em campanhas que influenciem a redução dos preconceitos e discriminações a essa população.

### 5.2.2 O acesso no CAPS III no momento da crise

Mas como estamos atendendo os momentos de crise dos usuários nos CAPS III em Campinas? Para pensarmos nesta resposta, proponho a observação dos indicadores 9 (atendimentos de atenção às situações de crise) e 10 (atendimentos de acolhimento noturno). A proposta é que possamos pensar na população adscrita por CAPS III para um panorama do volume de acolhimento à crise nos serviços secundários de atenção à saúde mental e pensar na dinâmica territorial de ofertas para momento de cuidado.

**Quadro 12: Indicadores de avaliação da crise nos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razão do nº de atendimentos de Atenção às situações de crise em centro de atenção psicossocial por Acolhimento diurno no CAPS (por 1.000 hab. / ano) | 9 | David Capistrano da Costa Filho | 121 | 173 | 464 | 834 |
| | | Integração | 171 | 1573 | 3787 | 6714 |
| | | Esperança | 386 | 498 | 403 | 757 |
| | | Estação | 166 | 92 | 141 | 449 |
| | | Novo Tempo | 2013 | 2162 | 1013 | 2114 |
| | | Antonio da Costa Santos | 66 | 52 | 26 | 19 |
| Razão do Nº de atendimentos de acolhimento noturno em centro de atenção psicossocial por Acolhimento diurno no CAPS (por 1.000 hab. / ano) | 10 | David Capistrano da Costa Filho | 169 | 152 | 114 | 400 |
| | | Integração | 905 | 3198 | 979 | 1093 |
| | | Esperança | 166 | 205 | 136 | 203 |
| | | Estação | 121 | 87 | 88 | 191 |
| | | Novo Tempo | 715 | 594 | 386 | 536 |
| | | Antonio da Costa Santos | 224 | 292 | 305 | 367 |
| Nº de matriciamento realizados nos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência por CAPS | 20 | David Capistrano da Costa Filho | 22 | 0 | 0 | 0 |
| | | Integração | 94 | 62 | 89 | 134 |
| | | Esperança | 41 | 34 | 49 | 90 |
| | | Estação | 13 | 2 | 5 | 7 |
| | | Novo Tempo | 14 | 26 | 33 | 37 |
| | | Antonio da Costa Santos | 4 | 0 | 2 | 0 |

Obs.: O indicador de número 20 se refere à números absolutos. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

Percebemos, de pronto, que os CAPS III David Capistrano, Novo tempo e Integração têm um número grande destes tipos de acolhimento (crise e uso do leito noturno), com índices interessantes quando olhamos para o restante dos territórios. Podemos perceber certo equilíbrio quando pensamos nos acolhimentos realizados durante o dia (indicador 9), demonstrando priorizar a permanência de pacientes com quadro agudo na permanência dia do CAPS; aqui também analisemos o indicador 20 (matriciamento das equipes na urgência, emergência e hospitalares) e encontramos

os melhores valores, que demonstram uma implicação desde serviços também na necessidade de *continuidade intersetorial* do cuidado*,* ou seja, continuidade do cuidado entre diferentes serviços, equipes ou programas de saúde mental (THORNICROFT e TANSELLA, 210), visando melhores resultados no tratamento de transtornos mentais graves e persistentes.

Para um melhor entendimento, os dados podem nos levar a concluir que os CAPS III da região Sudoeste e Noroeste, territórios com piores índices de vulnerabilidade, tem centrado suas práticas terapêuticas em usuários mais graves, ou seja, acolhem com maior intensidade a crise em permanência dia no CAPS III e utilizam o leito noite no serviço, garantindo a *continuidade longitudinal ()"habilidade do serviço em oferecer uma série de contatos ininterruptos por um período de tempo"* (THORNICROFT e TANSELLA, 210, 40pp.) na assistência e cuidados em saúde mental no território, o que levaria esses serviços a apresentarem números mais elevados de atendimentos individuais (indicador 13) sem significar um desinvestimentos em ações de grupo e familiares.

Já o CAPS III Antônio da Costa Santos (CAPS Sul), localizado no distrito Sul, apresenta os piores valores, com números de acolhimentos em situações à crise e uso de leito noite muito menores que os demais CAPS III no município. Esses valores podem indicar que o CAPS III Sul, apesar de ter um índice de acolhimento diurno grande, pode estar recebendo usuários de complexidade menor e/ou então que estão com quadros estabilizados ou cronificados.

Quando observamos novamente o indicador de matriciamento da atenção básica (19) e os matriciamentos de equipe hospitalar (20), apesar de um crescimento linear nos números, ainda são muito pequenas as trocas realizadas com os equipamentos de saúde territoriais; aqui se faz necessário uma melhor observação no que diz respeito ao uso de leitos externos (Atenção Hospitalar), que pode apontar o local onde os usuários tem recorrido nos momentos de crise.

Ao que nos pareceu, os dados apontam para "Boas Práticas em Saúde Mental" nos dois distritos mais pobres do município (Sudoeste e Noroeste). Estes serviços demonstram trabalhar com baixo recurso estrutural, porém com foco em grupos-alvo garantindo, então, uma reorganização de seus serviços para atendimento de pessoas com transtorno mentais mais incapacitadas.

### 5.2.3 Articulação de Ações de Rede no CAPS III

Em Campinas, os CAPS foram reafirmados enquanto dispositivos potentes na mudança do paradigma de tratamento em saúde mental, recebendo investimentos municipais desde os anos 90, e como vimos nos capítulos anteriores, a RAPS ganhou corpo para qualificar, organizar e articular a Atenção Psicossocial em diferentes níveis de produção do cuidado.

Deste modo, nesta seção os indicadores de dados secundários de articulação de rede (quadro 13) têm a pretensão de acompanhar, e ser uma potente ferramenta na avaliação e monitoramento das ações continuadas intersetorialmente e sua potência na viabilização da reabilitação psicossocial, enquanto dispositivos distribuídos entre o nível individual e local, pensando no melhor resultado para usuários com transtorno mentais severos.

**Quadro 13: Indicadores de avaliação de Articulação de Rede dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Secundária, segundo CAPS III, por ano. Campinas, 2013-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | CAPS III | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Razão do nº de ações de reabilitação psicossocial em CAPS (por 1.000 hab. / ano) | 16 | David Capistrano da Costa Filho | 18.567 | 23.646 | 13.338 | 11.499 |
| | | Integração | 7.454 | 52.218 | 79.040 | 96.880 |
| | | Esperança | 4.314 | 5.748 | 2.340 | 2.604 |
| | | Estação | 3.877 | 4.879 | 23.885 | 150.007 |
| | | Novo Tempo | 43.724 | 111.455 | 24.195 | 35.215 |
| | | Antonio da Costa Santos | 3.808 | 5.319 | 2.409 | 702 |
| Nº de Ações de articulação em rede intra e inter setoriais por CAPS | 17 | David Capistrano da Costa Filho | 5.789 | 7.002 | 7.161 | 8.684 |
| | | Integração | 6.370 | 6.971 | 8.306 | 9.354 |
| | | Esperança | 5.263 | 7.298 | 8.491 | 9.757 |
| | | Estação | 2.740 | 2.012 | 5.027 | 5.833 |
| | | Novo Tempo | 5.747 | 8.204 | 9.846 | 9.826 |
| | | Antonio da Costa Santos | 3.522 | 2.602 | 6.672 | 9.488 |
| Razão do nº de atendimentos domiciliares em centro de atenção psicossocial (por 1.000 hab. / ano) em CAPS | 18 | David Capistrano da Costa Filho | 2.806 | 1.671 | 1.081 | 1.224 |
| | | Integração | 3.534 | 16.291 | 17.100 | 10.280 |
| | | Esperança | 288 | 268 | 709 | 3.326 |
| | | Estação | 78 | 78 | 318 | 5.455 |
| | | Novo Tempo | 34.379 | 59.364 | 50.041 | 85.664 |
| | | Antonio da Costa Santos | 278 | 329 | 214 | 131 |

Obs.: O indicador de número 17 se refere à números absolutos. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

O quadro 13 apresenta os valores encontrados quando observamos os indicadores 16 - Razão do número de ações de reabilitação psicossocial (ações que incluem os usuários e famílias em questão, mais diretamente), 17 – Número de ações de articulação em rede intra e intersetoriais (ações que não incluem usuário, como: de articulação da rede, discussão de casos com outros profissionais da rede que atendem o mesmo usuário) e 18 – atendimentos domiciliares (quando é realizada uma visita domiciliar).

Observa-se que o CAPS III Integração e os CAPS III do Distrito Sudoeste apresentam bons números em todos indicadores do quadro 13. Apontam para um trabalho em rede permanente e engrenado nas possibilidades e construções intersetoriais, já que demonstrou ser o distrito com um melhor índice de acolhimento ao usuário e menor número de internações (será mais bem discutido no item 5.3).

Essas regiões com os piores índices de ICV (Classe I e II), tem se destacado por uma atenção mais equilibrada em Saúde Mental (THORNICROFT, 2008), quando as comparo à região Sul, que novamente permanece com os piores valores absolutos nos indicadores propostos: articulação de rede, acolhimento ao usuário, com baixo potencial de acolhimento à crise e alto índice de altas sem referenciamento.

A região Norte, que também tem seguido com os piores valores em todos os indicadores propostos por esse estudo, apresenta mudança para uma melhora dos números entre os anos de 2015 e 2016, em todos os indicadores. O aumento entre os anos de 2013 e 2016 foi de aproximadamente: 97% no indicador 16, 53% no indicador 17 e 98% no indicador 18. Esses aumentos podem indicar uma mudança no modo de funcionamento do serviço, mudanças no entendimento de preenchimento dos indicadores, e a entrada de planos de metas ligados ao financiamento, entre outros.

Os CAPS III da região Sul e Leste, também apresentam números muito menores quando da análise do quadro 13, se distanciando de uma produção que valorize as práticas de cuidado “fora” do CAPS. Mas, quando tomamos a região Sudoeste e a Noroeste enquanto analisadoras de cuidados em saúde mental, podemos perceber que são regiões que desenvolvem uma assistência mais próxima das “Boas práticas em saúde mental”, obtendo valores superiores em quase todos os indicadores estudados.

No que remete ao trabalho dos CAPS III na RAPS, espera-se que esses serviços produzam ações significativas no campo da intersetorialidade, priorizando a assistência comunitária em saúde mental, o vínculo e possibilitando a aproximação entre o usuário que recebe o tratamento, sua família e a comunidade, propondo um tratamento contínuo e de qualidade independente do ponto da rede escolhido para entrada no sistema.

A história dos serviços e sua anterior vinculação direta à gestão municipal (no caso dos CAPS III David Capistrano, Novo Tempo e Integração) pode estar

refletida nessa diferença de performance em relação à articulação em rede e intersetorialidade.

## 5.3 Indicadores de cuidados em Saúde mental na Atenção Hospitalar

Quando pensada uma boa avaliação dos efeitos da Reforma Psiquiátrica, as internações em hospital psiquiátrico passam a ser forte termômetro de mudança do modelo asilar para o da atenção psicossocial.

Com a melhora na qualidade do tratamento e dos cuidados a partir da oferta de intervenções que estejam de acordo com guias e protocolos, voltadas para a assistência mais próxima a realidade dos usuários, temos potencial de satisfazer demandas e suprir as necessidades sempre que possível, definindo e estabelecendo hierarquias de prioridades para uma assistência equilibrada (THORNICROF; TANSELLA, 2010).

Neste sentido, o Hospital Geral, ocupa papel estratégico para tratamento de alguns casos específicos, por períodos bem determinados.

**Quadro 14: Indicadores de avaliação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Hospitalar por ano. Campinas, 2008-2016.**

| DENOMINAÇÃO | Nº | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº de usuários que foram internados por Diagnostico de Psiquiatria população geral por ano (por 1.000 hab.) | 21 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,8 | 1,8 | 1,6 | 1,6 | 0,5 |
| Razão de Internações psiquiátricas SUS população geral por ano (por 1000 hab.) | 21.1 | | | | | | 11,2 | 8,5 | 1,7 | 0,2 |
| Nº de usuários que foram internados em hospital geral população geral por ano (por 1.000 hab.) | 21.2 | | | | | | 0,8 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Razão de internações SUS em hospital geral/ internações SUS em hospital psiquiátrico | 22 | | | | | | 30,4 | 16,1 | 25,3 | 27,8 |
| Razão do nº de leitos de internação psiquiatricos / população por ano (10.000 hab) | 23 | | | 167 | 180 | 141 | 120 | 105 | 90 | 65 |

Obs.: a casela com cor verde sinaliza os melhores valores, e a com cor vermelha sinalizara os piores em relação aos parâmetros estabelecidos. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

**Quadro 15: Número de usuários que foram internados por diagnóstico de psiquiatria, por distrito sanitário e CAPS III, por ano (1.000 habitantes) – Indicador 21. Campinas, 2008-2015.**

| DISTRITO | CAPS III | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NORTE | ESTACAO | 1,93 | 1,73 | 1,17 | 1,27 | 1,21 | 1,33 | 1,36 | 1,43 |
| SUL | ANTONIO DA COSTA SANTOS | 1,45 | 1,47 | 1,71 | 1,58 | 1,46 | 1,58 | 1,46 | 1,50 |
| LESTE | ESPERANCA | 4,02 | 4,07 | 3,93 | 3,85 | 2,62 | 1,51 | 1,45 | 1,02 |
| NOROESTE | INTEGRACAO | 1,20 | 1,37 | 1,44 | 1,52 | 1,85 | 2,15 | 1,83 | 1,82 |
| SUDOESTE | NOVO TEMPO | 0,08 | 0,09 | 0,07 | 0,09 | 0,15 | 1,59 | 1,15 | 1,17 |
| | DAVID CAPISTRANO | 0,07 | 0,06 | 0,07 | 0,09 | 0,12 | 1,06 | 1,17 | 0,90 |

Obs.: a casela com cor verde sinaliza os melhores valores, e a com cor vermelha sinalizara os piores em relação aos parâmetros estabelecidos. Fonte: SIA/RAAS, IBGE. Elaboração: própria.

Como podemos evidenciar no quadro 14, o número de internações psiquiátricas vem caindo ao passar dos anos, e é preciso saber que houve quedas também, no número de leitos disponíveis para internações em Hospital Geral (47 leitos em 2010, para 27 leitos em 2016) e em Hospital Psiquiátricos (120 leitos em 2010 para 38 leitos em 2016). Aqui destaco uma forte queda no ano de 2016, nos indicadores 21, 21.1, 21.2 e 23, quando houve o fechamento parcial dos leitos do Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira (SSCF) sob administração da ONG Cândido Ferreira, no Distrito Leste.

A disponibilidade de leitos de internação para comorbidades psiquiátricas, no município, parece estar dentro do padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (um leito para 23 mil habitantes/ano), mesmo com a diminuição no ano de 2016 em relação a 2015. Campinas demonstra uma assistência equilibrada no que tange os CAPS III e atenção Hospitalar, mas ainda precisa melhorar a qualidade dos atendimentos realizados pela atenção primaria em saúde e atenção secundária nas regiões Sul, Norte e Leste.

Ao mesmo tempo, o número de usuários que têm sido internados por comorbidades psiquiátricas (procedimento 2008 - psiquiatria, exceto álcool), no indicador 23 (quadro 14) vem aumentando entre os anos de 2008 e 2016, e este valor é influenciado principalmente pela região Leste, Noroeste e Sul, respectivamente (quadro 15).

É preciso que nos interroguemos quanto ao aumento da incidência do transtorno mental na população campineira, a partir de um olhar cauteloso para o aumento progressivo do número de casos acompanhados pelos CAPS III nos quatro anos levantados pela pesquisa (2013 a 2016).

O indicador 24 tem como parâmetro a relação crescente na tendência, e demonstrou que seus valores absolutos em 2016 são satisfatórios já que apresenta uma razão de 27,8 (maior número de internações em Hospital Geral), quando comparada aos dois anos anteriores (maior número de internações em Manicômio).

Neste item é preciso salientar o sentido de garantia de tratamento na comunidade, para os transtornos mentais e severos, o cuidado fora dos hospitais potencializa abordagens mais próximas à necessidade do usuário, de sua família e preservando a vida em comunidade. Esse cuidado não deve ser isolado ou cindido, este deve estar sempre entrelaçado à intersetorialidade (assistência social, trabalho e

renda, moradia, educação, etc.) e outros dispositivos que respondam as necessidades do usuário ONDE e QUANDO necessitar.

Campinas demonstra bons valores e uma clara institucionalização da Reforma Psiquiátrica, no que tange aos acolhimentos à crise e seu desfecho, a internação hospitalar. É uma cidade que não possui mais manicômios financiados pelo Sistema Único de Saúde, apesar disso, percebemos que nos anos estudados muitos indicadores de Atenção Básica e CAPS III, principalmente quanto aos indicadores estruturais para a manutenção desses atendimentos, vêm acompanhando discretas quedas. Seria preciso novos estudos sobre a distribuição de recursos distritalmente, para entender um pouco melhor esses números.

Os dados de internação parecem ilustrar que o município de Campinas, conseguiu inverter a lógica do modelo manicomial. Estes dados também indicam a implementação de uma rede baseada na ética da Atenção Psicossocial que agora deve concentrar seus recursos para seu equilíbrio, fortalecendo os serviços comunitários em Saúde Mental.

Isso significaria um investimento continuado em uma rede disponível, com um programa claro de saúde mental, produzindo respostas mais personalizadas às necessidades dos usuários de determinado local; podendo garantir acesso **como** e **quando** a pessoa com transtorno mental necessitar.

# 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O registro é o meio pelo qual se pode planejar, monitorar e avaliar o acesso aos pontos de rede na RAPS e as práticas em saúde mental enquanto facilitadores e dificultadores de uma assistência e acesso continuados (intersetorial e longitudinal) nos níveis local e individual. No nível nacional/regional essas informações devem também ser aplicadas em estimativas de recursos financeiros, políticas de melhoria dos direitos aos usuários do sistema, sendo fundamentais para a qualidade de ações que tenham impacto na coletividade.

Praticamente em todo o setor da saúde há necessidade de aperfeiçoamento da qualidade dos dados, principalmente em decorrência de sub-registro, como é o caso da saúde mental que esbarra cotidianamente na organização do seu processo de trabalho e prática para gerar ações que sejam tangíveis e mensuráveis.

Neste ponto destaco o registro dos procedimentos que ainda são tidos, pela maioria das equipes em Saúde Mental, como um ato burocrático focado em metas para o repasse de verba e não para mudanças das práticas. A valorização do modelo necessita de linhas de planejamento claras para uma reorganização da rotina de trabalho, que priorize momentos de registro e sistematização das práticas realizadas, para estimular mudanças que tenham impacto e desenvolvam “boas práticas em saúde mental” incluindo a superação de barreiras e desafios como: financiamento insuficiente para a Saúde Mental Comunitária, más condições estruturais dos serviços, baixo número de trabalhadores e supervisores institucionais/clínico, a formação deficitária para atuação no cuidado em saúde mental, entre outros obstáculos.

Sobre os dados encontrados, os registros analisados refletem um modelo de atenção psicossocial em implementação, mas que ainda parece não apontar claramente para um planejamento baseado em evidências pelos respectivos serviços que compõe a RAPS. Com a necessidade de melhoria da assistência nas regiões Sul, Norte e Leste, além da abertura de serviço na região Sul de Campinas.

As discrepâncias entre o número de profissionais, o número de procedimentos, as internações externas (hospitalares), o uso do leito noite e o número de usuários em tratamento comparado à prevalência das comorbidades psiquiátricas,

são indicações importantes para impulsionar a qualidade progressiva do registro em saúde mental. Nesse caso, poder-se-ia inferir no modelo adotado pelos serviços e propor mudanças nos paradigmas de assistências, no sentido de construção e consolidação das boas práticas em saúde mental.

É preciso reconhecer, também, a melhora significativa da transição entre o Sistema de Informação na Saúde Mental, o qual substituiu a APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, principal modelo utilizado de registro até 2012, pelo RAAS PSI – Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde da Atenção Psicossocial, assim como seu aprimoramento deve constituir-se em um processo contínuo, na medida em que é resultante de sucessivas avaliações e ajustes.

Significa reconhecer, também, que há ainda muito a se fazer para além do que as informações e dados deem conta. Para cumprir adequadamente o papel da atenção psicossocial no contexto da saúde no Brasil são igualmente necessários outros estudos qualitativos e quantitativos que colaborem para uma mudança nas avaliações em saúde mental de seus serviços.

Espera-se através deste trabalho contribuir com a confecção de indicadores que possibilitem a análise do panorama sobre o acesso e funcionamento dos CAPS III em Campinas – SP, este que é um município que tem demonstrado adequação a critérios preconizados em documentos oficiais do Ministério da Saúde, e por isso, foi escolhido como campo e estudo das “boas práticas em saúde mental”.

Desse modo, é preciso que arranjos como o Apoio Matricial sejam valorizados, e assimilados cada vez mais às políticas e práticas de saúde. Pretende-se elaborar proposições que possam subsidiar o aprimoramento destas, bem como a disseminação de estratégias para a cogestão de serviços, para o trabalho interdisciplinar e em rede, assim como para a construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde.

Chegando ao final das discussões realizada ao longo desta dissertação, reafirmo que as práticas devem estar alinhadas incessantemente ao modelo de atenção psicossocial, constituindo o centro para o avanço da atual política de saúde mental brasileira. Os apontamentos permitirão desenhar uma política pública mais apoiada em dados e evidências, permitindo uma tomada de decisão melhor embasada conforme tem sido indicado nas recomendações de entidades nacionais, internacionais e de “*experts”* da área.

Aqui sou tomada pelo cenário atual que se desenha, em que temos observado retrocessos com relação às conquistas na política que já haviam sido alcançadas, como, por exemplo, as propostas de aumento de leitos em instituições psiquiátricas (hospitais psiquiátricos/manicômios) e a retomada do ajuste de seu financiamento, o aumento no número de internações compulsórias, cortes no repasse de verbas para a saúde mental em alguns estados, entre outras lutas que temos que travar todos os dias para consolidar o modelo contra hegemônico.

Recomenda-se a realização de novos estudos, tendo como unidade de análise o impacto do gerencialismo que vem sendo adotado e o financiamento na saúde mental com a reorganização dos registros, haja visto a escassez de estudos que abordem este tema.

Neste sentido, esta dissertação buscou valorizar as “boas práticas em saúde mental” que têm sido desenvolvidas no contexto dos serviços substitutivos Campineiros, de modo a demonstrar que é possível estabelecer um cuidado em saúde mental prescindindo do manicômio e suas práticas de violência.

# 7 REFERÊNCIAS


1. ANTONACCI, M. H. Avaliação de Boas Práticas em Saúde Mental na Atenção Psicossocial. Ribeirão Preto: SP, 2015, 212 pp.
2. AMARANTE, P. D. C. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. Saúde em Debate, 1994; 45: 43-46.
3. _____. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, 142pp.
4. BALESTRIERI, M,; BON, M.G.; RODRIGUEZ-SACRISTAN, A.; TANSELLA, M. Pathways to psychiatric care in south-Verona, Italy. Psychol Med. 1994; 24 (3): 641-9.
5. BELO, K.O.; ONOCKO CAMPOS, R.T.; TRAPP.É, T.L., KORES, R.C; DORIGATTI, A.E. O PET-Saúde como instrumento para articulação da saúde mental e coletiva: narrativas da formação e do trabalho em saúde. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, 2012; 4(8): 176-185.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
7. _____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, vol. 4. Brasília: CONASS, 2003.
9. _____. Saúde Mental e a Atenção Básica: O Vínculo e o Diálogo Necessários. Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Diário Oficial. Brasília, 2001.
10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema. 2012. 36 pp.

11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Sobre os novos procedimentos de CAPS a portaria 854/SAS, de 22/08/2012. Agosto/2013.
12. BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. In: O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica de Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2001; 6 (2): 471-480.
13. CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Paideia: As diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde, gestão 2001-2004.
14. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Disciplina a concessão do prêmio produtividade aos integrantes da família ocupacional saúde e dá outras providências. Decreto nº 13.794 de 30 de novembro de 2001.
15. _____. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica - Área Técnica de Saúde Mental, gestão 2012-2016.
16. CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Cadernos de Saúde Pública, 2007; 23 (2): 399-407.
17. CAMPOS, G. W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. Ciência Saúde Coletiva, 1999; (4): 393-404.
18. _____. Um método para análise e cogestão de coletivos. 2ed. SP: Hucitec, 2005. 136pp.
19. _____. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411pp.
20. _____. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. 402 pp.
21. _____. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciência Saúde Coletiva, 2017; 12 (4): 849-859,
22. CARVALHO, M. C.; DELGADO, P. G. G. Acesso à Saúde Mental em Itajubá/ MG. ECOS, 2016; 6 (1): 20-35.
23. CERQUEIRA, L. Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro – SãoPaulo: Livraria Atheneu, 1984. 306pp.
24. CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991. 188pp.

25. DESLANDES, S.F; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: um diálogo das diferenças. In: Minayo, M.C.S e Deslandes, S.F. (orgs). Caminhos do pensamento – Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013; p.195-226.
26. DE MARCO, M.A.; CITERO, V.A; MARTINS, L.A.N. Revisando conceitos: o papel da psiquiatria moderna no hospital geral e na atenção primária. Rev. Bras. Psiquiatr. 2007; 29 (2): 188-8.
27. DRUMOND, E.F.; MACHADO, C.J.; VASCONCELOS, M.R.; FRANÇA, E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, 2009; 26 (1): 7-19.
28. DRUMOND, JR. M. Homicídios e desigualdades sociais na cidade de São Paulo: uma visão epidemiológica. Saúde e Sociedade. 1999; 8 (1): 63-81.
29. FRANCO, A; MOTA, E. Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. Psicol. cienc. prof. 2003; 23 (3): 50-9.
30. FURTADO, J.P.; ONOCKO CAMPOS, R. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onocko Campos et al (orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 231-48.
31. GONÇALVES, R. W. Acesso universal ao cuidado como eixo do processo de avaliação na reforma psiquiátrica: construção de referências para o estudo da produção dos Centros de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), 2015. 132pp.
32. KLEINMAN, A. et al. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. Ann Intern Med. 1978; 88: 251–88.
33. KOHN R.; LEVAV, I.; DE ALMEIDA, J.M.; VICENTE, B.; ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J.J.; et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18 (45): 229-40.
34. LOPEZ A.D; MURRAY, C.C. The global burden of disease, 1990-2020. Nat Med. 1998; 4 (11): 1241-3.
35. LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. In: A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2006; 10 (20): 281-98.

36. MAGALHÃES, R. O. S. Dos indicadores às narrativas de vidas : a internação em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva. Campinas, SP. [s/n], 2016. 139pp.
37. MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F; KOHN, R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207pp.
38. MENDES, E.V. Uma Agenda para a Saúde. Hucitec, São Paulo, 1996. 300pp.
39. MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? In: Cadernos de Saúde Pública, 1993; 9 (3): 239-62.
40. MODESTO, T. N.; SANTOS, D. N. In: Saúde Mental na Atenção Básica. Revista Baiana de Saúde Pública, 2007; 31 (1): 19-24.
41. NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. In: Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública, 2007; 23 (10): 2375-84.
42. ONOCKO, R.C.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Pesquisa avaliativa a rede de saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2013. 65pp.
43. PAES, M.R., MAFTUM, M.A, MANTOVANI, M.F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínicopsiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. Ver Gaúcha Enferm. 2010; 31 (2): 277-84.
44. PAES, M.R., SILVA, T.L., CHAVES, M.M.N., MAFTUM, M.A. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. Cienc Cuid Saude 2013; 12 (2): 407-412.
45. PMC - Prefeitura Municipal de Campinas. Saúde mental: apoio matricial ao Paidéia. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.
46. ROSA, L.C.S.; CAMPOS, R.T.O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. Saúde em Debate 2012; 36 (95): 648-656.
47. SANTOS, M.F. Hospitalidade integral e internação na reforma psiquiátrica. Campinas, SP: [s/n], 2015. 107pp.
48. SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais. J Bras Psiquiatr. 2010; 59 (3): 238-246.
49. SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002, 36 (1): 4-9.

50. SMOLEN, J.R. Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade. Feira de Santana, BA: [s/n], 2016. 127pp.
51. TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. In: Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: Caminho para Ampliação da Integralidade da Atenção. Ciência e Saúde Coletiva, 14(2):477-486, 2009.
52. TESSER C.D., NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. Saúde e Sociedade. São Paul, 2014; 23 (3): 869-883.
53. THORNICROFT, G; TANSELLA, M. Cambridge: Cambridge University Press. 1999. 291 pp.
54. THORNICROFT, G; TANSELLA, M. Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária. Barueri, SP: Manole, 2010. 173pp.
55. THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária a Saúde Mental?. Pesquisas e práticas psicossociais. São João Del-Rei, 2008; 3 (1): 09-25.
56. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: PNUD; 1998.
57. ZAMBELLO, F.; TANSELLA, M.; THORNICROFT, G. Accessibility and pathways to psychiatric care in a community-based mental health system. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.,2001; 36 (10): 500-7.
58. WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 2013; 382 (9904): 1575-1586.
59. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
60. _____. World Organization of Family Doctors - WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. Lisboa: WHO, WONCA; 2008.
61. _____. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: WHO; 2001.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A – Recursos Humanos recomendado para constituição dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Campinas-SP

**RH recomendado para constituição dos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Campinas**

Considerando o dimensionamento de RH para a Rede Substitutiva de Saúde Mental apontado pelas Portarias Ministeriais (Portaria 336 de 19/02/2002, Portaria 121 23/01/2012, Portaria 160 01/03/2012, Portaria 140 de 31/01/12, Portaria 3.090 23/12/11, Portaria 130 26/01/12);

Considerando que estes apontamentos são referentes a equipe MÍNIMA necessária para funcionamento dos serviços, sendo responsabilidade do município o dimensionamento do RH garantindo equipe mínima em período de férias ou afastamentos de profissionais (Portaria 130 26/01/12, seção II , Artigo 7° , inciso 5°), e que melhor contemple as necessidades municipais;

Considerando Rede de Atenção Psicossocial toda Rede Municipal de Saúde do Município, incluindo os pontos de atenção da urgência, emergência e atenção primária, conforme explícito na Portaria 3.088 de dezembro de 2011;

Considerando ser responsabilidade do Departamento de Saúde e dos Coordenadores de Distrito de Saúde a responsabilidade de zelar por uma assistência de qualidade aos usuários do SUS Campinas, considerando a atual estrutura de nossa rede Municipal de Saúde;

A Área Técnica de Saúde Mental, junto aos Coordenadores de Distritos de Saúde do Município de Campinas vem por meio deste apresentar, para o presente momento, a recomendação de RH necessário para realização das atividades dos serviços especializados da Rede Substitutiva de Saúde Mental, sem prejuízo a assistência. Não está incluído, neste levantamento, o serviço de vigilância, limpeza e transporte dos serviços.

Para as estratégias da Rede Psicossocial ligadas a Atenção Primária, recomenda-se:

Para cada equipe do Consultório na Rua, o seguinte RH:

| | Consultório na Rua tipo III * |
|---|---|
| Médico Clínico | 1 |
| Técnicos de Nível Superior*[1] | 3 |
| Técnico ou auxiliar de enfermagem* [2] | 3 |

*dimensionamento para cada EQUIPE de Consultório na Rua

*1 – Técnicos de Nível Superior ( terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, educador físico, psicopedagogo e enfermeiro)

*2 – O número de profissionais de nível médio pode ser composto por monitores, oficineiros e/ou redutores de danos.

Para Centros de convivência recomenda-se uma dupla composta por 1 profissional de nível superior ( TO, Psicólogo, educador físico, artista plástico, arteeducador, músico, psicopedagogo) e 1 profissional de Nível médio (artesão, monitor, agente social, auxiliar e técnico de enfermagem) para cada 30.000 habitantes.

Para equipe de saúde mental na Atenção Primária, respeitando os apontamentos da última Conferência Municipal de Saúde de Campinas, recomenda-se 1 equipe mínima de saúde mental para cada 30.000 habitantes.

Para os equipamentos especializados em Saúde Mental, recomenda-se o seguinte RH:

| | CAPS infantil | CAPS AD II | CAPS AD III | CAPS III |
|---|---|---|---|---|
| Médico Psiquiatra | 1 (36hs) | 1(36hs) | 1(36hs) | 2 (72hs) |
| Médico Clínico | 0 | 1 | 1(36hs) | 0 |
| Pediatra | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Técnicos de Nível Superior*[1] | 5 | 6 | 9 | 9 |
| Fonoaudiólogo | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Enfermeiro | 2 | 2 | 6 | 6 |
| Técnico ou auxiliar de enfermagem | 6*[2] | 6*[2] | 19*[2] | 22 |
| Agente Redutor de danos | 0 | 3 | 3 | 0 |
| Administrativo | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Farmacêutico | 1 (18 hs) | 1 (18hs) | 1 | 1 |
| Técnico de Farmácia | 1 | 1 | 2 | 2 |

*[1] — Técnicos de Nível Superior ( terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, educador físico, psicopedagogo)

*[2] – O número de profissionais de nível médio pode ser composto parcialmente por monitores.

_____ Estas categorias não são apresentadas nas Portarias Ministeriais. São recomendações do Conselho de Classe da Assistência Farmacêutica.

Os Serviços especializados (CAPS infanto-juvenis e CAPS AD) do Município que atendem a mais de 1 Distrito de Saúde, deverão manter suas configurações atuais até o reordenamento da Rede, quando pudermos contemplar 1 CAPS AD e 1 CAPS infantil por distrito de Saúde).

Para os serviços de Retaguarda Hospitalar, por turno de 12 horas, para cobertura de 24hs dia, recomenda-se:

| | Até 4 Leitos habilitados | 5 a 10 leitos habilitados | Enfermaria 11 a 20 leitos habilitados | Enfermaria 21 a 30 leitos habilitados |
|---|---|---|---|---|
| Médico Clínico/Pediatra | 1 | 1 | 1* | 1 |
| Técnicos de Saúde | 1 | 2 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mental Nível Superior | | | | |
| Enfermeiro | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Técnico ou auxiliar de enfermagem | 1 | 2 | 4 | 6 |
| Psiquiatra | 0 | 0 | 0 | 1 |

* preferencialmente um Psiquiatra

Para Unidade de Acolhimento Transitório:

| | UAT Adulto | UAT infantil |
|---|---|---|
| Técnico Nível Superior da Educação | 0 | 1 |
| Técnicos de Nível Superior*[1] | 3 | 3 |
| Técnico ou auxiliar de enfermagem* [2] | 10 | 10 |

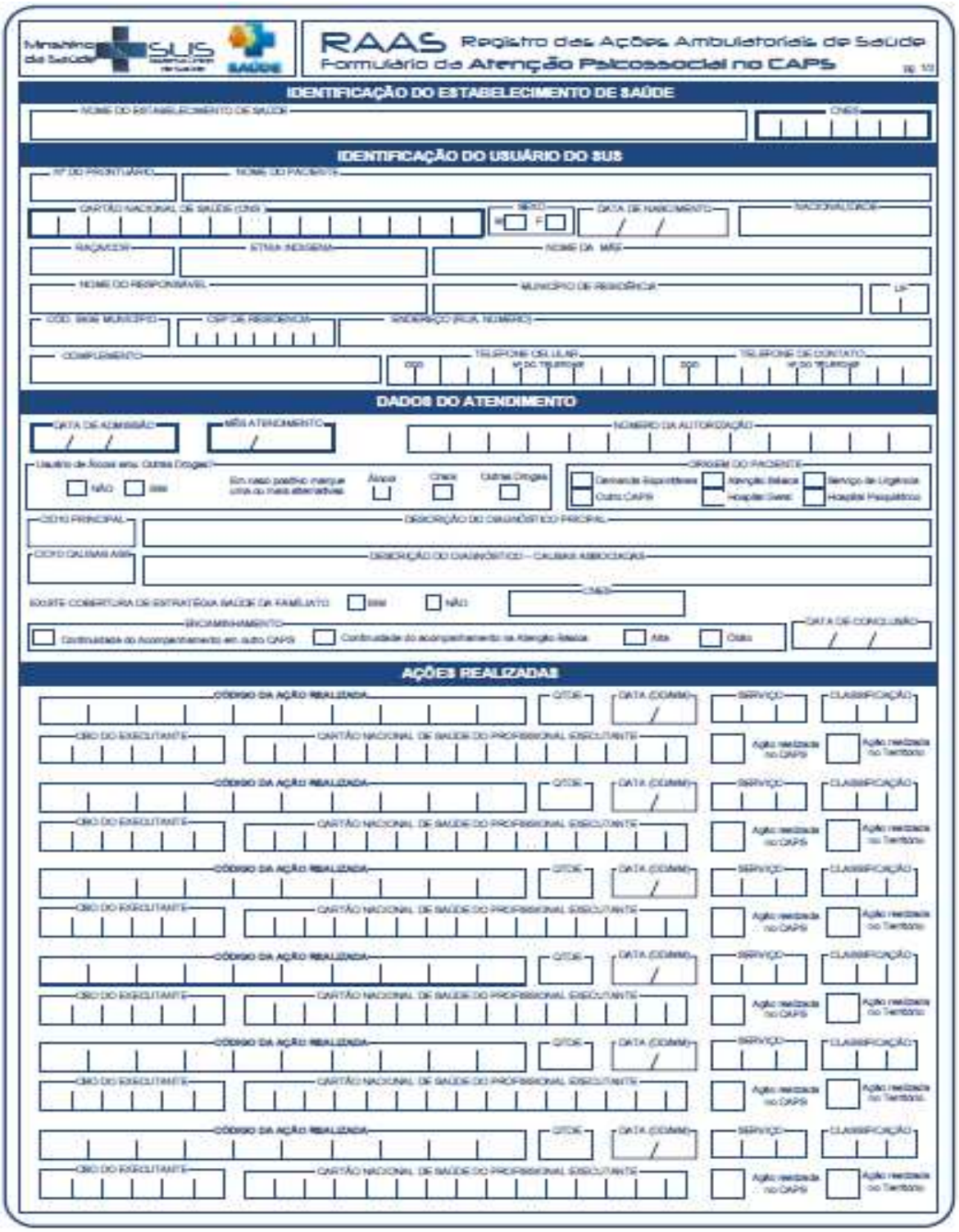
*[1] – Técnicos de Nível Superior ( terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, educador físico, enfermeiro, médico)

*[2] – O número de profissionais de nível médio pode ser composto parcialmente por monitores e/ou redutores de danos.

Para os serviços da Rede de Desinstitucionalização, recomenda-se:

| | Moradia tipo 1 (por módulo) | Moradia tipo II (por módulo) |
|---|---|---|
| Cuidador | 1 | 5 |
| Técnico de enfermagem | 0 | 3 |

**APÊNDICE B – Formulário para preenchimento do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS – psicossocial)**



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário de Atenção Psicossocial no CAPS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

DADOS DO ATENDIMENTO

AÇÕES REALIZADAS

**APÊNDICE C – Documento Ministerial que estabelece novos procedimentos de Registro aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

SUS Ministério da Saúde

## SOBRE OS NOVOS PROCEDIMENTOS DE CAPS

A PORTARIA 854/SAS, de 22/08/2012 altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências, possibilitando a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse ponto de atenção e também sobre a complexidade do serviço.

Temos então 3 instrumentos de informação para os novos procedimentos:

- RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, com um formulário próprio para a atenção psicossocial: Cuidado direto dos usuários do serviço e/ou seus familiares dentro ou fora da unidade, após ingresso no serviço – 1 RAAS por usuário
- BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – 1 procedimento – acolhimento inicial por CAPS;
- BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado – 1 BPA/C por CAPS com diversos procedimentos (ex: fortalecimento dos usuários, matriciamento AB, RUE, RD, SRT).

PROCEDIMENTOS:

- Acolhimento noturno
- Acolhimento em 3º turno
- Acolhimento diurno no CAPS
- Atendimento individual
- Atendimento em grupo
- Atendimento familiar
- Acompanhamento domiciliar
- Práticas corporais
- Práticas expressivas
- Atenção às situações de crise
- Ações de reabilitação psicossocial
- Promoção de contratualidade

Foram criados também procedimentos para fomentar a discussão entre gestores, trabalhadores, usuários e familiares, sobre o papel dos CAPS na Rede de Atenção Psicossocial e sobre a clínica realizada nestes serviços. Destaque para:

- Acolhimento inicial,
- Ações de articulação em rede intra e inter setoriais,
- Fortalecimento do protagonismo
- Matriciamento de equipes da atenção básica,

- Matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência,
- Ações de Redução de Danos,
- Acompanhamento de SRT
- Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório

**É importante destacar que os procedimentos poderão ser realizados por todos os CAPS, independente de sua tipologia.**

O Acolhimento Noturno poderá ser informado por todos os CAPS, entretanto é necessário ter disponível e informado no CNES o Leito de Acolhimento Noturno (possível para todos os tipos de CAPS e obrigatório para os CAPS III e CAPSad III)

O atendimento a um número maior de CIDs permite atenção dos casos mais graves, não reduzida à questão diagnóstica, pois o que determina o ingresso de uma pessoa na unidade é a avaliação psicossocial do caso.

**FAIXA ETÁRIA**

Para todos os procedimentos foi estabelecida a faixa etária de 0 a 110 anos. O que orienta em relação à faixa etária do público a ser atendido.

Em especial: o CAPSi com possibilidade de atendimento para usuários de até 25 anos; e CAPSad e CAPSad III podendo fazer atendimentos para usuários a partir de 6 anos.

## Sobre o RAAS

O RAAS institui uma nova lógica de registro de atenção realizada pelo CAPS, propondo procedimentos potencialmente mais sensíveis às diretrizes de funcionamento deste serviço. Neste sentido, a lógica de registro prevista pela APAC, bem como dos procedimentos que vinham sendo utilizados naquele instrumento: intensivo, não intensivo e semi-intensivo, deverão ser superados.

O RAAS, para o Ministério da Saúde, vem qualificar as informações sobre as ações que o CAPS deve realizar. Cada município deve fazer uso destas informações para refletir em sua pratica e atuação, visando qualificar seus serviços de saúde mental. Desta forma, ele não se configura somente para controle interno e/ou facilitar a digitação, ele amplia a lógica de atuação e de validação das ações e informações dos serviços. A implantação do RAAS nos CAPS é uma oportunidade para pôr em análise os processos de trabalho destes serviços, buscando efetivamente orientar o modelo de atenção para o cuidado territorial e centrado no usuário.

Novidades:

- Campo de informação sobre o uso de álcool, crack e/ou outras drogas por parte do usuário;
- Informações sobre a origem do paciente;
- Informações sobre encaminhamentos;
- Possibilidade de informar se a ação foi realizada no CAPS ou no Território

# Dúvidas Frequentes - RAAS-PSI
# Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde – Psicossocial

**1) Como preencher o RAAS em caso de abandono de tratamento?**
No caso do usuário abandonar o tratamento, não comparecendo mais ao CAPS para atendimento, a equipe deve iniciar a busca ativa, para tentar restiver o vínculo e a retomada do tratamento. O RAASdeve ser encerradosomente em caso de óbito, mudança de CAPS ou cidade e encaminhamento para outros pontos de atenção da RAPS (como,por exemplo, a atenção básica).O procedimento *03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial*deve ser utilizado somente para casos novos. Mesmo que o usuário não volte para o atendimento, o RAAS não será encerrado, e caso ele volte o atendimento será registrado como atendimento individual e não como Acolhimento Inicial.
No Prontuário do paciente deve constar a data de primeiro contato do paciente com o serviço.

**2) Na aba "Dados das Ações Realizadas", serão digitados todos os procedimentos que forem realizados com o usuário de acordo com o projeto terapêutico singular?**
Sim!

**3) Nesta aba, o que é o campo Classificação?**
Enquanto o campo "Serviço" é preenchido automaticamente e informa que a unidade possui "habilitação" de CAPS, ou seja, pode realizar as ações definidas para um CAPS, o campo "Classificação" permite que a unidade informe o detalhamento deste serviço. Esta classificação deve estar condizente com a que está cadastrada no CNES da unidade de saúde.

**4) Como preencher o RAAS em relação à quantidade de ações para cada procedimento? Por exemplo:os mesmos procedimentos feitos pelo mesmo profissional em dias diferentes devem ser registrados separadamente?**
O campo "dia/mês" em frente ao procedimento poderá ser preenchido somente com o mês referente, e a quantidade daquele procedimento no referido mês. Não é necessário discriminar o dia.

**5) Como preencher o RAAS em caso de usuário que passe o dia no CAPS?**
Para usuários que passam o dia no serviço, deve-se usar o procedimento *03.01.08.019-4 - Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial*. Quando for o caso, registrar concomitantemente as ações que foram realizadas com ele durante o dia.

**6) Como preencher o RAAS em caso de usuário que compareceu ao serviço para *Acolhimento Noturno*?**
Neste caso, basta registrar o procedimento *03.01.08.002-0 - Acolhimento Noturno de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial*. Este procedimento inclui todas as ações que ocorrem no período (administração de medicamentos, aferição de pressão etc)

**7] Como lançar o campo "DATA/DDMM" no procedimento*03.01.08.019-4 - Acolhimento diurno de paciente em CAPS* que tem até 30 dias?**
O campo "dia/mês" em frente ao procedimento poderá ser preenchido somente com o mês referente, e a quantidade daquele procedimento no referido mês. Não é necessário discriminar o dia.

**8] Como preencher o RAAS no caso de familiares serem atendidos sem que o paciente esteja em tratamento?**
Neste caso, deve-se abrir um prontuário para o paciente e solicitar que um dos familiares assine. Quanto ao RAAS do paciente identificado, deve-se registrar o procedimento *03.01.08.022-4 - Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial*, e outros que forem realizados como, por exemplo,*Atendimento Domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e /ou familiares (03.01.08.024-0).*

**9] Os procedimentos de CAPS devem ser todos lançados no registro de "Atenção Psicossocial" ou os procedimentos relacionados a atendimento domiciliar serão lançados na janela "Atenção Domiciliar"?**
Os procedimentos dos CAPS deverão ser registrados apenas no módulo de Atenção Psicossocial (PSI). Como dito anteriormente, quando se tratar de atendimento domiciliar, é possível usar o procedimento *03.01.08.024-0 - Atendimento Domiciliar para pacientes de Centro de Atenção Psicossocial e /ou familiares.*

**10] Como preencher o RAAS em caso de contatos telefônicos para articulação da rede, discussão de casos com outros profissionais da rede que atendem o mesmo usuário?**
No caso, pode-se utilizar o procedimento *03.01.08.025-9 Ações de Articulação de Redes Intra e Inter Setoriais*, e anotar no prontuário.

**11] Como preencher o RAAS em caso de "busca ativa"?**
Se for realizada uma visita domiciliar, deve ser registrada como *03.01.08.024-0 Atendimento domiciliar*. Se a busca ativa foi feita por telefonema, não registrar procedimento, mas anotar no Prontuário do paciente.

**12] Como preencher o RAAS em caso de ações como confecção de relatórios, anotações no Prontuário, relatório para Vara da Infância etc?**
Não existe procedimento para lançamento no Sistema de Informação. A confecção de relatório, por exemplo, não configura um atendimento, e estes procedimentos não tem o objetivo de registrar ou avaliar a produtividade dos profissionais.

**13] Como preencher o RAAS no caso de realização de Assembleias semanais onde todos os profissionais e usuários participam? É necessário escolher apenas um profissional para registrar esta atividade?**
A Assembleia pode ser incluída no procedimento *03.01.08.026-7 – Fortalecimento do Protagonismo de Usuários de Centro de Atenção Psicossocial*. Entretanto, atualmente só é possível constar um profissional por procedimento.

**14] Como preencher o RAAS em caso de procedimento feito por farmacêutico, nutricionista, educador físico ou psicopedagogo?**
Infelizmente não foi possível incluir todos os CBOs de profissionais que trabalham no CAPS e dessa forma não é possível, atualmente, a inclusão do farmacêutico, nutricionista, psicopedagogoou educador físico nesse registro. A Coordenação Nacional de Saúde Mental está reavaliando a questão para a republicação da Portaria incluindo estes CBOs. Entretanto, por enquanto, o CBO de educador físico pode ser colocado como *educador* e em relação ao psicopedagogo pode ser colocada a profissão original (ex: psicólogo ou pedagogo)

**15] No CAPS, é obrigatório registrar os campos de "CID", "Cobertura estratégia saúde da família" e "Origem do paciente"?**
Sim.

**16] Como preencher o campo "Origem do Paciente", no caso de ter sido encaminhado pela justiça?**
Neste caso, inicialmente deve-se colocar o que mais se adequar ao atendimento até que o instrumento seja revisado.

**17] Como preencher o campo "Data Admissão"? É a data do procedimento ou a data início do mês de competência?**
Esta é a data em que o paciente iniciou o tratamento no CAPS. A data em que os procedimentos foram realizados é digitada em outro local: na aba "Dados das Ações Realizadas >Dt. Realização".

**18] Como preencher o campo "NOME DO RESPONSÁVEL"? Sendo o usuário responsável por si mesmo, o que deve ser preenchido?**
É comum que o sistema preencha este campo com o nome do próprio paciente. Caso isso não ocorra, o nome do mesmo pode ser utilizado.

**19] Quanto à pergunta "Cobertura de Estratégia de Saúde da Família?", o CNES que devo informar é o CNES da USF que atende a região onde o usuário mora ou o da USF que atende a região onde o CAPS está localizado?**
O nº do CNES deve ser da USF próximo da residência do usuário.

**20] Sobre o campo "CNES da USF", essa informação será preenchida automaticamente pelo sistema RAAS?**
É necessário informar se a região de atendimento possui cobertura da estratégia de saúde da família, selecionando "S" ou "N". Se possuir, ainda deverá ser informado o CNES da unidade que presta este tipo de assistência.

**21] A equipe deve estar cadastrada no CNES mesmo que o CAPS já esteja cadastrado no CNES?**
Sim! Toda a equipe deve estar cadastrada no CNES. Deve-se solicitar inclusão dos profissionais no CNES.

**22) Como devo preencher o campo "CEP" do endereço do usuário se ele morar em rua projetada e o CEP que o site dos Correios oferece é um CEP geral, informação não aceita pelo RAAS?**
Neste caso, deve-se colocar o CEP mais próximo da residência até que sejam feitos os ajustes no sistema.

**23) Para os usuários que não tem telefone celular e nem telefone de contato, podemos informar o telefone do CAPS?**
Preferencialmente deve-se utilizar telefone do usuário ou de alguém mais próximo.

**24) Como a primeira folha do formulário de RAAS se refere a dados de identificação, é possível dar continuidade no mesmo formulário, mesmo mudando o mês, para fins de economia de material?**
Não, o RAAS deverá ser preenchido mensalmente. Na versão impressa, a primeira folha identifica também o mês de atendimento, assim não é possível aproveitá-la para os outros meses.

**25) Todos os meses entram pacientes novos, é possível pedir numeração nova todo mês?**
Sim!

**26) Não há espaço para assinatura do profissional da regulação que autorizou o formulário do RAAS? Não há espaço para assinatura do profissional que preencheu o formulário do RAAS?**
O formulário disponibilizado pelo Ministério da Saúde é um modelo que contém as informações mínimas que devem ser preenchidas para registro das ações. Este formulário pode ser adaptado pela unidade de saúde ou pela SMS caso seja necessário.

**27) A validade do RAAS será mensal ou indeterminada até a data de conclusão do contrato?**
Existem procedimentos de continuidade indefinida (até a conclusão do tratamento), mas há também aqueles com validade determinada. Este atributo pode ser consultado na Portaria nº854/SAS de 22 de agosto de 2012. O campo "Destino do Paciente" é que informa se o tratamento está concluído ou se o paciente permanecerá em tratamento.

**28) O RAAS pode ser feito para serviços que já estejam funcionando, porém não habilitados?**
Não, o RAAS só poderá ser feito para serviços habilitados.

**29) Haverá algum formulário para autorização dos procedimentos que a exigem? Estes serãocomo os antigos laudos para autorização de APAC? Vocês irão disponibilizá-los?**
Não há laudo para autorização de procedimentos de CAPS, somente SRT, UA e CT.

**30) Quais os procedimentos que exigem número de autorização obrigatoriamente? Quais os códigos?**
Segundo a Portaria 855/2012, sobre os procedimentos de Unidade de Acolhimento, os seguintes exigem autorização:
*03.01.08.037-2 - Acompanhamento de pessoas adultas com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - unidade de acolhimento adulto (UA4).*

*03.01.08.038-0 - Acompanhamento da população infantojuvenil com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas - unidade de acolhimento infanto-juvenil (UAi).*
Segundo a Portaria 856/2012, sobre os procedimentos de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, o seguinte procedimento exige autorização:
*03.01.08.036-4 – Acompanhamento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em Serviço Residencial Terapêutico (Comunidades Terapêuticas)*
E, de acordo com a Portaria 857/2012, sobre os procedimentos de Serviço Residencial Terapêutico, o seguinte procedimento também exige autorização:
*03.01.08.004-6 –Acompanhamento de Paciente em Serviço Residencial Terapêutico.*

**31) Quais são os procedimentos relativos às Residências Terapêuticas?**
Na Portaria 854/2012, de procedimentos de CAPS, há um procedimento que diz respeito ao acompanhamento/suporte oferecido pelas equipes dos CAPS às equipes e moradores das SRT – *03.01.08.032-1 – Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico por Centro de Atenção Psicossocial*. Para este procedimento é preciso registrar o número de ações realizadas pelos profissionais dos CAPS.
Já o procedimento da Portaria 857/2012 de Serviços Residenciais Terapêuticos - *03.01.08.004-6 Acompanhamento de paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica)* –diz respeito ao acompanhamento/suporte oferecido pelas equipes de SRT aos moradores. Deve-se registrar apenas um por mês para cada residente da SRT.

**32) O município que tiver autorização para fazer uma reapresentação de produção pode lançar as APACs da produção anterior normalmente? Apenas a partir da produção de janeiro de 2013 os lançamentos serão pelo RAAS?**
Apenas os procedimentos de competência janeiro/2013 em diante serão registrados no RAAS.

**33) TODOS os procedimentos a partir da competência janeiro/2013 serão lançados no RAAS?**
Nem todos os procedimentos serão lançados no RAAS, há alguns procedimentos que serão lançados no BPA/I e no BPA/C. A APAC não será mais utilizada para registro dos procedimentos do CAPS.

**34) Quais os procedimentos que serão registrados no BPA-I e os códigos?**
O Procedimento com o código do BPA-I encontra-se no anexo da portaria 854/2012:
*03.01.08.023-2 – Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial.*

**35) Quais os procedimentos que serão registrados no BPA-C e os códigos?**
O BPA/C será destinado às informações relativas aos procedimentos que se constituem como ações institucionais e de articulação e sustentação de redes de cuidado, tais como matriciamento, ações de Redução de Danos, ações intra e intersetoriais, etc. Cada CAPS terá apenas 1 (um) BPA/C que poderá conter diversos procedimentos
Os Procedimentos com os códigos do BPA-C encontram-se todos no anexo da portaria 854/2012.
Resumo:
*03.01.08.025-9 AÇÕES DE ARTICULAÇÃO DE REDES INTRA E INTER SETORIAIS*
*03.01.08.026-7 - FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES*
*03.01.08.030-5 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA*

*03.01.08.039-9 - MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, E DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES DE SAÚDE DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS*
*03.01.08.031-3 - AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS*
*03.01.08.032-1 - ACOMPANHAMENTO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL*
*03.01.08.033-0 - APOIO À SERVIÇO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO POR CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL*

**36) Como diferenciar os procedimentos *03.01.08.034-8 - Ações de reabilitação psicossocial* e *03.01.08.025-9 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais* para lançamento?**
Quando a ação realizada visar um paciente em especial, por exemplo, realização de parceria com o conselho tutelar para discutir o caso de um dos usuários e pensar em articulações conjuntas com a família, o procedimento deve ser lançado no RAAS do paciente como procedimento, ou seja, as ações devem incluir os usuários e famílias em questão, mais diretamente: 03.01.08.034-8 - Ações de reabilitação psicossocial.
Quando a ação visar a criação e articulação da rede, por exemplo, reuniões com escolas ou abrigos para discutir critérios e procedimentos para encaminhamentos e procedimentos para realização de trabalho conjunto (questões mais gerais que não visem um paciente em particular) lançar no procedimento 03.01.08.025-9 - Ações de articulação de redes intra e intersetoriais.

**37) Haveria meio de apenas repetir mensalmente as ações realizadas em caso de paciente que não teve seu projeto terapêutico modificado?**
Ao mudar a competência, o Sistema RAAS mantém somente os dados de identificação dos pacientes que já estão incluídos no sistema. As ações devem ser mensalmente preenchidas.

**38) Como será o envio do RAAS para as Regionais de Saúde? O sistema irá gerar algum arquivo para envio?**
Assim como no BPA e na APAC, o RAAS possui um módulo de exportação de arquivo. Basta gerar o arquivo de produção e encaminhar à regional de saúde como de costume.

**Contatos da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**
Endereço eletrônico: saudemental@saude.gov.br
Telefone: (61)3315-9144

**Suporte ao RAAS**
Telefone: 136 (opção 8 – Suporte de Sistemas)

**Brasília – Distrito Federal**
**Agosto/2013**

# ANEXOS

## ANEXO A - Parecer do comitê (242\2016) de ética e Pesquisa (FCM):

UNICAMP

CEPUNICAMP

PRP unicamp

Cidade Universitária "Zeferino Vaz", 08 de dezembro de 2016.

Of. CEP/PRP/Nº 242/2016

Kamila de Oliveira Belo
Pesquisadora Responsável

**REF. : Dispensa de apresentação de projeto de pesquisa para avaliação do sistema CEP-CONEP.**

Prezada Senhora,

Informamos que o projeto intitulado **"PERCURSO EM SAUDE METAL: AVALIAÇÃO DO ACESSO AO TRATAMENTO NOS CAPS III, NO MUNICIPIO DE CAMPINAS / SP"**, de acordo com o relato presente no Anexo I deste documento, trata-se de uma pesquisa que utiliza informações de domínio público contempladas em um banco de dados, cujas informações são agregadas, sem a possibilidade de identificação.

Deste modo, o referido projeto de pesquisa não necessita de apreciação e/ou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tendo em vista que se trata de dados secundários adquiridos através ferramentas de tabulação (e/ou consultas a bases de dados) disponibilizadas pelo DATASUS e TaBnet, dentre as quais estas bases de dados são CNES, SINASC, SISCAM, SIA (PA e RAAS), SIH (RD) e dados demográficos, ao qual nos baseamos naquilo que está descrito na Resolução CNS 510/2016, art. 1. Item II e III.

Atenciosamente,

Dra. Renata Maria dos Santos Celeghini
COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNICAMP

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
13083-887 Campinas – SP
http://www.prp.unicamp.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa

Fone/Fax (019) 3521-8936
Fone/Fax (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br