



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC

MIRIAM SENGHI SOARES

**“Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil:
uma pesquisa avaliativa”**



BRASÍLIA – DF

Agosto, 2016



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPG - PsiCC

MIRIAM SENGHI SOARES

**“Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil:
uma pesquisa avaliativa”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

BRASÍLIA – DF

Agosto, 2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

MIRIAM SENGHI SOARES

**“Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil:
uma pesquisa avaliativa”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura..

COMISSÃO JULGADORA

Prof Dr Ileno Izídio da Costa
Universidade de Brasília - Presidente

Profa. Dra Ana Maria Fernandes Pitta
Universidade Católica do Salvador – Membro externo

Profa. Dra Sheila Giardini Murta
Universidade de Brasília – Membro interno

Brasília, 29 de agosto de 2016

Resumo

O trabalho que ora apresentamos pretende gerar subsídios para o desenvolvimento de questões epistemológicas e metodológicas no campo da pesquisa avaliativa em saúde mental. Tem como objetivos contextualizar a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS, mapear as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental situados nas Regiões Centro Oeste e Norte, apresentar os resultados do projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” de acordo com o Kit de Ferramentas denominado “Direito é Qualidade – Quality Rights” - “Quality Rights”. Trata-se de uma pesquisa aplicada do tipo analítica e endoformativa cujo escopo teórico está circunscrito no âmbito de três disciplinas distintas: a Política Pública, a Pesquisa Avaliativa e a Atenção Psicossocial. Adotou-se como abordagens metodológicas para a produção dos dados: (i) a pesquisa documental em documentos oficiais e nos sítios do CNPQ; (ii) a revisão narrativa da literatura a partir da catalogação do acervo do “Manual do Pesquisador” e (iii) a meta-avaliação a partir das fontes de dados dos sistemas de informação do DATASUS e do banco de dados do “Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte” considerando-se como indicadores o perfil populacional, a taxa de cobertura, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos, a expansão da rede substitutiva, a redução das internações em hospitais psiquiátricos e ainda os resultados do projeto “Avaliar CAPS Centro-Oeste Norte” obtidos por meio do utilização do kit de ferramentas denominado “Direito é Qualidade – Quality Rights”. Este trabalho faz uma aproximação dos resultados obtidos com dos dados levantados, a literatura cotejada e as considerações a partir da experiência como pesquisadora e acadêmica no objeto de estudo dessa pesquisa - a avaliação em saúde mental. A partir da macro contextualização da Política Nacional de Saúde Mental identificou-se avanços na pesquisa avaliativa em saúde mental no SUS em consonância com as políticas e diretrizes e o arcabouço legal vigente. Identificou-se também os grupos de pesquisa existentes e os projetos de pesquisa desenvolvidos nas Regiões Centro-Oeste e Norte, constatando que há uma carência de pesquisadores e de estudos desenvolvidos nos territórios estudados. Com base nos resultados da meta-avaliação pode-se afirmar que a Região Centro Oeste manteve uma cultura assistencial fortemente manicomial com altas taxas de internação, pequena redução de leitos especializados e de expansão insuficiente de leitos da RAPS. Quanto à Região Norte o vazio assistencial é especialmente preocupante principalmente devido às peculiaridades da região, como por exemplo as grandes distâncias a ser percorridas de barco pelos usuários em busca de cuidados. Entretanto, observa-se que os princípios da reforma psiquiátrica têm sido alcançados em alguns estados, com destaque para o estado de Tocantins que conseguiu reverter completamente o antigo modelo de assistência, investindo numa rede diversificada de serviços em substituição ao modelo tradicional. E ainda, observou-se que o estado do Pará tem feito esforços para a reversão do modelo tradicional. Este esforço se reflete no dado de que a maioria das internações acontecerem nos dispositivos da rede pública de saúde mental. Assim, a presente pesquisa reafirma a importância de se desenvolver critérios, instrumentos e mecanismos de compartilhamento de informações incorporado ao cotidiano dos serviços que permitam o monitoramento e a avaliação da política e dos serviços substitutivos de acordo com a realidade local, bem como, aponta a necessidade de adotar-se a cultura de utilização dos indicadores produzidos por trabalhadores, gestores e controle social.

Palavras-chave: Pesquisa Avaliativa, Política Pública de Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Quality Rights; Avaliação de Serviços de saúde.

Abstract

The present work intends to generate subsidies for the development of epistemological and methodological questions to the field of evaluative research in mental health. It aims to contextualize mental health evaluative research within SUS, to map the evaluative research of mental health services located in the Midwest and North Regions and to present the results of the project "Evaluate Midwest / North Caps" according to the toolkit called "Right is Quality - Quality Rights". It constitutes an applied research type of analytical and endoformative whose theoretical scope is circumscribed within three distinct disciplines: Public Policy, Evaluation Research and Psychosocial Care. Methodological approaches were adopted for the production of the data: (i) documentary research in official documents and in the CNPQ sites; (ii) narrative review of the literature based on the cataloging collection of the "Researcher's Handbook" and (iii) the meta-evaluation from the data sources of the DATASUS information systems and the database "Evaluate CAPS Midwest / North ", considering as indicators the population profile, the coverage rate, the reduction psychiatric hospitals beds, the expansion of the substitutive network, the reduction of the hospitalizations in psychiatric hospitals and also the results of the project " Evaluate CAPS Midwest - North "obtained through the use of the " Right is Quality - Quality Rights " toolkit. This study makes an approximation of the results obtained from data collected, theoretical framework adopted and the researcher and academic's experience considerations of the main subject of the presente study - the evaluation in mental health. From the macro contextualization of the National Mental Health Policy we identified advances in evaluation research in mental health in the SUS in accordance with the policies and guidelines as well as the current legal framework. It was also identified the existing research groups and the research projects developed in the Midwest and North Regions, noting that there is a shortage of researchers and studies developed in the territories studied. Based on the results of the meta-evaluation, it can be stated that the Midwest region maintained a highly culture of asylum assistance with high hospitalization rates, small reduction of specialized beds and insufficient expansion of RAPS beds. As for the North Region, the care gap is especially worrisome, mainly due to the peculiarities of the region, such as the great distances to be traveled by users in search of care. However, it can be observed that the principles of psychiatric reform have been achieved in some states, especially in the state of Tocantins, which was able to completely reverse the old assistance model by investing in a diversified services network instead of the traditional model. Also, it was observed that the state of Pará has made efforts to reverse the traditional model. This effort is reflected on the fact that most hospitalizations occur in the public services of mental health network. Thus, the present research reaffirms the importance of developing criteria, instruments and sharing information mechanisms by incorporating the quotidian of the services to allow the monitoring and evaluation of substitutive policy and services according to local reality, as well as is necessary to adopt a culture of using indicators produced by workers, managers and social control.

Key-words: Evaluative Research, Public Policy in Mental Health; Psychosocial Care; Health services evaluation; Quality Rights

Lista de Tabelas

TABELA 1 - ESTUDOS SOBRE ANÁLISE DE POLÍTICA PÚBLICA	19
TABELA 2- PRINCIPAIS MODELOS EXPLICATIVOS DE ANÁLISE DA POLÍTICA PÚBLICA	20
TABELA 3 – O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS QUESTÕES QUE SE APRESENTAM NA ANÁLISE DE CADA FASE.	21
TABELA 4 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PESQUISA AVALIATIVA	23
TABELA 5 RELAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÕES DE AVALIAÇÃO E O CICLO DA POLÍTICA	26
TABELA 6 – A LOUCURA ATRAVÉS DOS TEMPOS	29
TABELA 7 – AS REFORMAS DA PSIQUIATRIA NO SÉCULO XX	30
TABELA 8 – A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	34
TABELA 9 - CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE.....	60
TABELA 10 – LEGISLAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL ENTRE 1990 E 2015.....	64
TABELA 11 – ATOS NORMATIVOS DESTINADOS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS POR COMPONENTE DA RAPS ENTRE 1990 E 2015	65
TABELA 12 – ATOS NORMATIVOS POR TEMAS TRANSVERSAIS.....	71
TABELA 13 – EMENTA DAS PORTARIAS ESPECÍFICAS ENTRE 1990 E 2015	72
TABELA 14 – PROJETOS POR COMPONENTE E TIPO DE INDICADOR	77
TABELA 15 – IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE PESQUISA POR REGIÃO – 1990 – 2015.....	78
TABELA 16 – PROJETOS DE PESQUISA DA REGIÃO CENTRO OESTE E NORTE	79
TABELA 17 - REDUÇÃO DE LEITOS EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS	86
TABELA 18 – VARIAÇÃO E MÉDIA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO, 2008-2014.	87
TABELA 19 - REDUÇÃO DE LEITOS EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS	89
TABELA 20 – VARIAÇÃO E MÉDIA DE INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS POR TIPO DE ESTABELECIMENTO, 2008-2014.	90

Lista de Figuras

FIGURA 1. ATOS NORMATIVOS POR PERÍODO HISTÓRICO ENTRE 1990-2015.	64
FIGURA 2. HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS POR COMPONENTE.....	65
FIGURA 3. EXPANSÃO DA RAPS NO BRASIL	66
FIGURA 4. ATOS NORMATIVOS PARA FINANCIAMENTO E CUSTEIO DA REDE SUBSTITUTIVA ENTRE 1990 E 2015	66
FIGURA 5. FLUXO DEMONSTRATIVO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO	67
FIGURA 6. PROPORÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS HOSPITALARES E EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO COMUNITÁRIA (2002 – 2013)	68
FIGURA 7. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	70
FIGURA 8. COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	70
FIGURA 9. NÚMERO DE PESQUISAS POR COMPONENTE.....	75
FIGURA 10. NÚMERO DE PESQUISAS POR PERSPECTIVA AVALIATIVA.....	75
FIGURA 11- DISTRIBUIÇÃO DOS PROJETOS DE PESQUISA POR REGIÃO.....	78
FIGURA 12. RESULTADOS DO TEMA 1 POR TIPO DE CAPS.....	81
FIGURA 13. RESULTADOS DO TEMA 2 POR TIPO DE CAPS.....	82
FIGURA 14. RESULTADOS DO TEMA 3 POR TIPO DE DISPOSITIVO	83
FIGURA 15. RESULTADOS DO TEMA 4 POR TIPO DE DISPOSITIVO	83
FIGURA 16. RESULTADOS DO TEMA 5 POR TIPO DE DISPOSITIVO	83
FIGURA 17. RESULTADOS POR TEMA E TIPO DE DISPOSITIVO	84
FIGURA 18. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO OESTE DE ACORDO COM CRITÉRIO POPULACIONAL	84
FIGURA 19. TAXA DE COBERTURA POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO	85
FIGURA 20. OFERTA DE LAI NA RAPS DA REGIÃO CENTRO-OESTE.....	86
FIGURA 21. SCORE POR TEMA DO “QUALITY RIGHTS” DA REGIÃO CENTRO-OESTE.....	88
FIGURA 22- CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORTE DE ACORDO COM CRITÉRIO POPULACIONAL	88
FIGURA 23 – TAXA DE COBERTURA POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO	89
FIGURA 24. OFERTA DE LAI NA RAPS DA REGIÃO NORTE	90

Lista de Abreviaturas

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
Avaliar Caps	Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial
Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte	Estudo e Pesquisa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das Regiões Centro-Oeste e Norte”
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCSM	Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATA SUS	Departamento de Informática do SUS
GAP	Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica
GCE	Grupo Condutor Estadual da RAPS
LAI	Leito de Atenção Integral
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAP	Paradigma da Atenção Psicossocial
PAR	Plano de Ação Regional da RAPS
PAS	Programação Anual de Saúde
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares /Psiquiatria
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PPOAS-SM	Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental
QualityRights	Direito é Qualidade – Quality Rights
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SNDM	Serviço Nacional das Doenças Mentais
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
TCU	Tribunal de Contas da União
TIH	Taxa de Internação Hospitalar
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	Introdução	13
	Objetivo Geral	16
	Objetivos específicos	16
2	Confluências históricas e conceituais	17
2.1	Políticas Públicas: construção de um campo multidisciplinar.....	17
2.2	Pesquisa avaliativa: uma concepção político-metodológica.....	23
	Primeira geração (1910-1930)	23
	Segunda geração (1930-1967)	24
	Terceira geração (1960 - 1973).....	24
	Quarta Geração (1973 - 2000)	25
	Quinta geração (2000 – até hoje).....	25
2.3	Atenção Psicossocial – reafirmando parâmetros técnicos-políticos e éticos.....	28
2.3.1	Breve histórico das reformas da psiquiatria no mundo	28
	O nascimento do asilo (1880 – 1950)	29
	O declínio do asilo (1950 – 1980)	30
	O desenvolvimento do cuidado na comunidade (a partir de 1980)	32
2.3.2	A experiência brasileira.....	33
	O Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930 a 1946)	36
	Período desenvolvimentista (1946 a 1964)	37
	Ditadura militar (1964 a 1985).....	37
	Nova República ao final do século XX (1985 a 2001) – a deflagração	38
	Concretizando a atenção psicossocial no século XXI.....	39
3	Percurso metodológico: materiais e métodos	42
3.1	Resumo executivo do “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”.....	42
3.2	Abordagens metodológicas.....	50
3.3	Procedimentos metodológicos	51
3.3.1	Contexto da pesquisa avaliativa no SUS.....	51
3.3.2	Mapeamento da pesquisa avaliativa nas Regiões Centro Oeste e Norte.....	52
3.3.3	Avaliação da avaliação.....	53
	a) Perfil populacional.....	54
	b) Taxa de cobertura assistencial	54
	c) Redução de leitos em hospital especializado.....	55
	d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral.....	55
	e) Redução de internações em hospitais especializados	56
	f) Quality Rights - qualidade é direito.....	56
4	Contextualizando a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS nas Regiões Centro-Oeste e Norte	58
4.1	As Conferências Nacionais de Saúde Mental	59
4.2	Arcabouço legal	63
	Organização da rede e dos serviços substitutivos.....	65
	Habilitação de serviços	65
	Financiamento e custeio da rede	66
	Reestruturação da assistência psiquiátrica.....	69
	Gestão da Política	69
	Avaliação das políticas e serviços de saúde mental.....	71
4.3	Mapeamento da Pesquisa Avaliativa nas Regiões Centro-Oeste e Norte.....	75
	Indicadores de Satisfação, Sobrecarga e Impacto.....	76
	Indicadores de Recursos, Contexto, Estrutura	76
	Indicadores de processos	77

Indicadores de resultados.....	77
Indicadores de políticas e programas.....	77
Temas transversais.....	78
Os projetos de pesquisa no território pesquisado	78
5 Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte - a “avaliação da avaliação”	80
5.1 Direito é qualidade.....	80
Tema 1 – O direito a um padrão de vida adequado	80
Tema 2 – O direito a usufruir do padrão mais elevado possível de saúde física e mental.	81
Tema 3 – O direito de exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa	83
Tema 4 – Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso.	83
Tema 5 – O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade.....	83
5.2 A aridez manicomial da Região Centro Oeste.....	84
a) Perfil populacional	84
b) Taxa de cobertura assistencial.....	85
c) Redução de leitos em hospitais especializados	85
d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral	86
e) Redução de internações em hospitais especializados	87
f) Direito é qualidade	87
5.3 A imensidão aquática da Região Norte	88
a) Perfil populacional	88
b) Taxa de cobertura assistencial.....	89
c) Redução de leitos em hospitais especializados	89
d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral.....	90
e) Redução de internações em hospitais especializados	90
f) Direito é qualidade	91
6 Considerações finais	92
7 Referências bibliográficas.....	96
APÊNDICE A – Atos normativos do Ministério da Saúde (1990 – 2015)	106
A.1. Reestruturação da assistência psiquiátrica	106
A.2. Organização da rede substitutiva	108
A.3. Financiamento e custeio.....	109
A.4. Habilitação de serviços	111
APÊNDICE B – Mapeamento da pesquisa avaliativa.....	113
B.1. Grupo de pesquisa por Unidade da Federação	113
B2. Projetos de Pesquisa por perspectiva avaliativa.....	116
APÊNDICE C - Resumo executivo.....	131
ANEXO A - TCLE.....	139
ANEXO B – Autorização do gestor	140
ANEXO C – Instrumento de pesquisa.....	141

Dedicatória

Este trabalho é dedicado ao meu saudoso pai Luiz Soares, que me colocou nos trilhos dos princípios éticos que pautaram minha vida pessoal e profissional. E ao meu amado filho Filipe Senghi Soares de Aguiar meu porto seguro, minha bússola para quem deixo por herança o legado que recebi.

Agradecimentos

À Jah pela conexão com uma divindade em torno da paz, do amor, da liberdade e de um mundo mais justo e solidário.

Ao meu caro orientador Prof Dr Ileno Izídio da Costa pela parceria militante que tornou possível este trabalho como se fosse um “panapanã”. Aos olhos de lince da Prof Ana Pitta, que no meu entendimento é a Dra Nise da Silveira da contemporaneidade. À Prof Sheila Murta pela delicadeza que me enveredou pelos caminhos privilegiados da metodologia.

Às queridas Mara Neubarth e Dona Bebê pelas lições de sabedoria preciosas que aprendi ao longo de nossa longa e bem humorada amizade. Elas que atravessaram o espelho antes do término da pesquisa, mas certamente estariam dividindo esta alegria comigo.

À minha querida Cuca, sangue do meu sangue, cuja coragem me inspira desde que dividíamos o mesmo berço. Às amigas de fé, irmãs e super camaradas Evani Moda, Gisele Neubarth e Dona Ró pelos laços fraternos e pela intimidade que nos uniu ao longo do tempo. Aos sobrinhos Theo e Denise, Raul e Catarina que me presenteiam com momentos de muita comida boa e alegria.

Aos companheiros na saúde na doença, na alegria na tristeza Futuka Ferreira, Valéria de Oliveira, Marlene Teixeira, Cheiro Brito, David Simões e Astral que me convenceram a fazer o mestrado e me deram sustentação em todas as dimensões para que isto fosse possível. Às companheiras de tantas jornadas Iana Profeta, Disete Devera, Giovana Quaglia, Adriana Caldeira, Maria Santos pelo apoio, pelo carinho e também pelas contribuições valiosas na hora do sufoco. Aos queridos Décio Alves e Ana Amstalden pela cumplicidade, bom humor, companheirismo e acolhimento na Casa de Repouso Santa Ana. Aos colegas de mestrado na UNB, em especial Jonas Sohin e Ivana Carvalho, por quem desenvolvi enorme apreço.

Ao príncipe Alexandre Câmara pelo carinho, amor e cuidado que não se mede, não se pede e não se repete. Ao guru, filósofo, escritor e invariavelmente elegante Pedro Mattar pelos pequenos trechos que me dá o prazer de com desfrutar na convivência vc. Ao “personal poeta” ZéMaria Medeiros pela lucidez e pelas gotas diárias de vida inteligente e incentivo que se tornou um excelente combustível.

À estimada Tânia Grigolo pela generosidade no compartilhamento de suas experiências que foram fundamentais para construção do “Avaliar Caps Centro-Oeste e Norte”. Aos gestores que permitiram a realização da pesquisa e aos trabalhadores e usuários que participaram das rodas de conversa. Às estudantes Gabriela Elisa, Lívia Campos, Luana Fialho, Luísa Trindade e Natália Arruda que organizaram a logística e colheram as primeiras informações. Aos colegas Ary Reis, Bia Almeidinha, Carolina Malcher, Daiane Gasparetto,

Dayanne Nascimento, Elisa Silva, Eunice Pedreira, Ioneide Campos, João Jorge, Jorcelino , Lívia Reis, Luciane Bonfim, Márcia Totugui, Márcia Roberta, Rafaele Habib, Renata Giroto, Silvinha Freire, Tatiane Cuiabano e Valéria Avaria pelo companheirismo, compromisso e dedicação com que realizaram o trabalho de campo. Às guerreiras Lidiane Almeida e Ester Cabral pelo apoio que deram aos pesquisadores em Roraima e Tocantins. Às incansáveis Valdelice França e Yasmin Magalhães pelo companheirismo fiel e pela mão de obra no trabalho insano de conferência de documentos e sistematização dos dados.

Aos valorosos Elenir Neves, Semira Torres, Rai Pinheiro, Dilene Duran e Emerson Moreira parceiros, gestores que executaram os editais de supervisão clínico institucional do Ministério da Saúde. Aos trabalhadores, usuários e controle social dos municípios de Manaus, Três Lagoas, Corumbá pois foi a partir da riqueza da experiência de cada um destes atores que foi possível moldar esta dissertação.

Ao universo que colocou na minha vida Milton Abrantes, Mirsa Delosi, Janete Valois, Cássio Espírito Santo, Cristina Loyola, André Pontual, Cidinha Silva, Sheila Cobello, Andrea Borba, Simone Ros e Maria Helena Shuster, que moram no meu coração que tornaram mais leve este percurso às vezes solitário. Sem vocês meu mundo não seria completo.

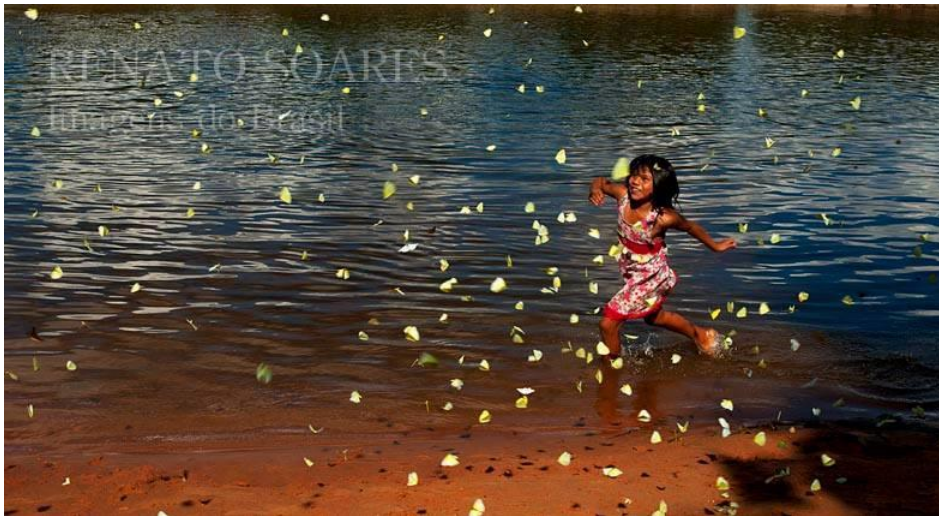
Aos fotógrafos Renato Soares, Claudio Baruki, Grace Cordeiro, Gisele Alfaia e Bob Medina por nos brindar com imagens tão belas do Centro Oeste e do Norte do país e pela gentileza em autorizar a utilização destas para ilustrar este trabalho.

Por fim, meu agradecimento ao CNPq pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização deste trabalho.

“O descompromisso é o nirvana dos vagabundos”

Pedro Mattar, filósofo e escritor

1 Introdução



Iniciei minha trajetória profissional na rede pública nos anos oitenta e a partir de então venho sido movida pela reflexão sobre as relações estruturais de poder presentes nas instituições psiquiátricas e pela indignação frente à miséria e abandono dos usuários atendidos nos equipamentos de Saúde Mental. Com a experiência adquirida tanto na assistência quanto na gestão, passei a atuar em ações de formação e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em vários pontos do país. Mais recentemente participei como pesquisadora do projeto “Estudo e Pesquisa dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das Regiões Centro-Oeste e Norte” – “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” (Costa, 2010-2015).

O exercício de identificação e priorização de problemas, as dificuldades que as equipes enfrentam no seu cotidiano, os conflitos que emergem do processo de trabalho tanto como supervisora clínico institucional da RAPS quanto como pesquisadora, associado aos estudos aos quais tenho me dedicado durante esses 30 anos, levaram-me a buscar uma análise mais sistematizada do reordenamento da assistência e da avaliação de programas e serviços no campo da Saúde Mental, objetivando transpor as problematizações deste estudo para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

A complexidade desta política tem nos apontado transformações cada vez mais desafiadoras em nossos cotidianos e práticas em saúde, especialmente as que se tem vivenciado na clínica psicossocial e, por óbvio, também nas pesquisas avaliativas no campo da Saúde Mental.

Em que pese ser um mecanismo relativamente novo, importantes autores da RPB (Kantorski, 2010; Pitta, 2011; Onocko-Campos, 2013) tem se dedicado ao estudo do monitoramento e avaliação das práticas do Paradigma Psicossocial considerando uma oferta

de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tais autores apontam para a necessidade de avaliar a gestão dos diferentes coletivos, a transformação das práticas em Saúde Mental, a democratização das relações institucionais, a qualificação dos processos de trabalho e o aumento da eficácia terapêutica dos serviços de saúde (Costa-Rosa, 2013).

De acordo com Onocko-Campos (2013), os dispositivos institucionais substitutivos ao manicômio se constituem em um novo paradigma, que resulta no emergir de novos desafios metodológicos para a investigação de mudanças e inovações através da pesquisa, em um campo demarcado por questões técnicas e ético-políticas. Este contexto compreende os avanços e provocações ao desenvolvimento da pesquisa avaliativa no campo da Saúde Mental.

Para tanto, o desenvolvimento de um sistema de avaliação da reorientação do modelo assistencial e ao funcionamento dos serviços substitutivos é ferramenta chave para o acompanhamento, intervenção e redirecionamento das práticas no cotidiano da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Saraceno (1997) afirma que

é indispensável dispor de dados concretos sobre os recursos e serviços existentes estabelecendo um sistema de avaliação contínua de toda nova atividade. É importante conhecer a proporção de sujeitos que necessitam de assistência em Saúde Mental e que realmente a recebam, se é dada prioridade aos transtornos mais urgentes e incapacitantes e se os serviços disponíveis estão bem distribuídos (p 81).

Outra questão importante é reconhecer que as demandas de Saúde Mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica como, por exemplo, a detecção de problemas relacionados ao uso de álcool ou insônia e ansiedade. A Atenção Básica desempenha um papel visceral no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na atenção psicossocial para os quadros graves. Além disso, é importante afirmar que, mesmo os pacientes acompanhados por serviços especializados da RAPS, devem continuar sendo acompanhados pela Atenção Básica, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa continuar sendo assistido em suas necessidades clínicas.

Consideramos ainda que o conhecimento dos dados epidemiológicos é essencial para a determinação de prioridades no âmbito da saúde e em Saúde Mental, bem como a caracterização ampla da população atendida, a fim de projetar e avaliar intervenções de saúde pública que contemplem ações articuladas em um território, sob o eixo do acolhimento, vínculo e heterogeneidade.

Merece, portanto, uma proposta de investigação sobre escopo teórico-prático da construção de indicadores e de elaboração de instrumentos de avaliação de serviços substitutivos em Saúde Mental. Faz-se necessário ainda compreender, à luz dos princípios do Paradigma da Atenção Psicossocial (PAP), o potencial das pesquisas avaliativas como parte da caixa de ferramentas que possibilitam mudanças no processo de trabalho e na cultura das organizações.

Isto posto questiona-se: quais são os grupos/linhas de pesquisa que desenvolvem pesquisas avaliativas no campo da Saúde Mental nas Regiões Centro-Oeste e Norte do país? Que tipo de estudo foi realizado nos projetos identificados e quais componentes da RAPS foram avaliados? Quais são os parâmetros avaliativos dos estudos realizados para o monitoramento e avaliação dos serviços substitutivos em Saúde Mental? É possível relacionar as variáveis do “Avaliar Caps Centro-Oeste Norte” aos critérios e padrões da ferramenta de análise denominada “Direito é qualidade - Quality Rights”- “Quality Rights”?

O segundo capítulo deste trabalho descreve os antecedentes históricos e os principais marcos conceituais da Política Pública (Secchi, 2012), da Pesquisa Avaliativa (Silva, 2001) e da Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 2013) que encontramos na literatura especializada.

O terceiro capítulo trata das abordagens e dos procedimentos metodológicos adotados: a pesquisa documental, a revisão narrativa da literatura e a meta-avaliação. Aqui também relatamos os procedimentos metodológicos do “Avaliar Caps Centro-Oeste Norte”

Os resultados são apresentados a partir do quarto capítulo, que situa a política nacional de saúde mental vigente e identifica seus principais pilares de sustentação: as conferências nacionais de saúde mental, o arcabouço legal, o financiamento da rede substitutiva e a gestão da política. Traz ainda um mapeamento dos projetos de pesquisa avaliativa no campo da saúde mental de que aconteceram nas Regiões Centro-Oeste e Norte.

O capítulo cinco apresenta a “avaliação da avaliação” do “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”. Foram analisados os seguintes parâmetros avaliativos: perfil populacional, taxa de cobertura assistencial, redução de leitos em hospital especializado, expansão dos Leitos de Atenção Integral (LAI), redução das internações psiquiátricas e temas da ferramenta de análise “Direito é qualidade”.

Por fim, o sexto capítulo encerra com algumas considerações acerca dos desafios para a pesquisa avaliativa nas Regiões Centro Oeste e Norte, da experiência do projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” e da institucionalização da avaliação no cotidiano dos serviços substitutivos.

Objetivo Geral

Gerar subsídios para o desenvolvimento de questões epistemológicas e metodológicas no campo da pesquisa avaliativa em saúde mental.

Objetivos específicos

Contextualizar a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS.

Mapear as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental situados nas Regiões Centro Oeste e Norte.

Apresentar os resultados do projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” de acordo com os parâmetros do “Quality Rights”.

2 Confluências históricas e conceituais



Este capítulo fará a intersecção de um triângulo de referência cujos vértices são três campos distintos do conhecimento científico: a Política Pública, a Pesquisa Avaliativa e a Atenção Psicossocial. Buscou-se compreender a confluência dos aspectos históricos e conceituais destas disciplinas para identificar as bases estruturantes do trabalho que ora se apresenta.

2.1 Políticas Públicas: construção de um campo multidisciplinar

Um referencial teórico-conceitual que necessariamente precisa ser demarcado como norteador para a pesquisa em tela é o da Política Pública entendida a partir da relação entre a ação governamental e os processos sociais, econômicos e políticos. A Política Pública surge como disciplina acadêmica nos Estados Unidos da América na década de 30 e seus principais percursores são Laswell, Simon, Limblom e Easton (Lima, 2012). Suas investigações iniciais se consolidaram com corpo teórico próprio, instrumental analítico útil e vocabulário voltado para a compreensão de fenômenos da natureza político-administrativo (Secchi, 2012) e foram sendo ampliadas para as instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação (Souza, 2006).

Foram evidenciadas variadas definições a partir da premissa que as decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha, o quê, por que (Laswell, 1958). Segundo Baptista & Rezende (2011), Harold Laswell foi um cientista social americano que contribuiu com a consolidação teórica do campo de análise em questão

adotando uma abordagem que unificava áreas de conhecimento (sociologia, psicologia, administração, ciência política e outras) para estudar os problemas públicos e a política.

Os autores clássicos desenvolveram definições de política pública como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas (Mead, 1995); como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos (Lynn & Gold, 1980). Nessa lógica, Peters (1986) assevera que a Política Pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Por fim, Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como sendo o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Já os autores brasileiros que revisitaram tais clássicos definem Política Pública como um instrumento ou conjunto de ação dos governos (Souza, 2006); uma ação elaborada no sentido de enfrentar um problema público (Secchi, 2012); um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos (Ruas, 2012), ou ainda, como “conjunto de ações, programas e atividades desenvolvidas pelo Estado (direta ou indiretamente) com o objetivo de garantir direitos de cidadania, especialmente aqueles assegurados constitucionalmente, voltando-se para a solução de problemas da sociedade” (Finkler & Dell’Aglia, 2013, p.126)

Segundo Santos (2012), a expressão Política Pública está relacionada a aspectos da vida social relacionados à esfera pública. A autora afirma que são aspectos de interesse comum ao conjunto dos cidadãos de uma comunidade, ou de um grupo em contraposição aos aspectos de interesse individual, ou familiar, que dizem respeito à esfera privada.

Ainda no sentido de compreender seus significados Frey (2000) apresenta três termos que compõem as diferentes dimensões do conceito de políticas públicas: a) “*policy*” - dimensão material - que se refere aos conteúdos da política; aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas; b) “*politics*” - dimensão processual - se refere aos processos políticos; frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição de poder; c) “*polity*” - dimensão institucional - se refere às instituições políticas; à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo.

Souza (2006) sistematizou as diversas definições e modelos encontradas na literatura que apontam ser os principais elementos das políticas públicas: a) permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; b) envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a

participantes formais, já que os informais são também importantes; c) é abrangente e não se limita a leis e regras; d) é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; d) embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; e, d) envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Tabela 1

Estudos sobre Análise de Política Pública

Ano	Autor	Estudo	Fases definidas
1947	HA Simon	Administrative Behaviour	Inteligência, Desenho, Escolha.
1951	HD Lasswell	The Policy Orientation	Informação, Promoção, Prescrição, Invocação, Aplicação, Término e Avaliação.
1971	R Mack	Planning and Uncertainty	Reconhecimento do problema, Formulação de alternativas, Decisão, Efetivação, Correção/Ajuste.
1973	R Rose	Comparing public policy	Reconhecimento público das necessidades existentes, Como os temas são colocados na agenda, Como as demandas avançam, Como o governo se envolve no processo decisório, Recursos e constrangimentos, Decisões políticas, O que determina as escolhas de governo, A escolha no contexto, Implementação, Resultados, Avaliação da política e Feedback.
1974	G Brewer	The policy sciences emerge	Invenção, Estimativa, Seleção, Implementação, Avaliação e Término.
1978	W Jenkins	Policy Analysis: a political and organizational perspective,	Iniciação, Informação, Consideração, Decisão, Implementação, Avaliação e Término.
1984	BW Hogwood and LA Gunn,	Policy analysis for the Real World	Definição de temas, Filtro de temas, Definição de temas, Prognóstico, Definição de objetivos e prioridades, Análise de opções, Implementação da política, monitoramento e controle, Avaliação e revisão, Manutenção da política, Sucessão e Término.
1993	Howlett e Ramesh	Studying Public Policy,	Montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação.

Nota. Elaborado pela autora. Fonte: “A idéia do ciclo de políticas públicas,” de T. W. Baptista e M. Rezende, 2015, *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 136–172). Rio de Janeiro: CCAPS.

A Avaliação de Políticas Públicas (Tabela 1) é uma área ainda em construção conceitual e metodológica, portanto, são encontradas na literatura de forma muito diversificada no que diz respeito aos modelos conceituais e paradigmas teóricos. Esta área do conhecimento é perpassada por uma variedade de disciplinas, instituições e executores, abrangendo diversas questões, necessidades e pessoas o que lhe confere um aspecto iminentemente multidisciplinar. Os estudos contemporâneos têm trazido contribuições cada vez mais relevantes de campos distintos do conhecimento sobre as Políticas Públicas, tanto aquelas envolvidas diretamente em sua análise - Ciência Política, Administração Pública - como

as que contribuem com modelos e categorias analíticas, explicações para o comportamento de indivíduos e grupos - Sociologia, Antropologia e Psicologia Social-, ou aquelas que fornecem subsídios para sua produção - Direito e Demografia. (Marques, 2013).

Há amplo debate na busca de modelos explicativos para o complexo processo de formulação, implementação e/ou avaliação de políticas em estudos sobre políticas públicas. Na Tabela 2 apresentamos resumidamente os diferentes pesquisadores e os eixos norteadores de suas teorias. Os modelos explicativos têm fins meramente didáticos e servem para orientar o recorte analítico da pesquisa acadêmica nesta área temática.

Tabela 2

Principais modelos explicativos de Análise da Política Pública

Modelo explicativo	Pesquisador	Descrição
O tipo da Política Pública	Theodor Lowi (1964;1972)	Classificação das políticas públicas em distributivas, regulatórias, redistributivas, constitutivas
Gargabe Can	Cohen, Marche Olsen (1972)	Argumentam que escolhas de políticas públicas são feitas como se as alternativas estivessem em uma “lata de lixo”: vários problemas e poucas soluções. As soluções não seriam detidamente analisadas e dependeriam do leque de soluções dos decisores – policymakers.
Incrementalismo	Limblon (1979); Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992)	Os recursos governamentais para uma dada Política Pública não partem do zero e sim, de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos.
Coalisão de defesa	Sabatiere Jenkins-Smith(1993)	Concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articulam com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada Política Pública.
Equilíbrio interrompido	Baumgartner e Jones (1993)	Baseado em noções de biologia e computação. Da biologia veio a noção de “equilíbrio interrompido”, isto é, a política pública se caracteriza por longos períodos de estabilidade, interrompidos por períodos de instabilidade que geram mudanças nas políticas anteriores. Da computação vem a noção de que os seres humanos têm capacidade limitada de processar informação, daí por que as questões se processam paralelamente e não, de forma serial, ou seja, uma de cada vez.
Arenas sociais	Lowi (1972)	É uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. Existiriam três principais mecanismos: (a) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; (b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo problema; e (c) feedback, ou informações que mostram as falhas da política atual .
O ciclo da Política Pública	Frey (1995), Saravia (2006)	Envolve processos subsequentes de decisão, proposição, implementação, execução e avaliação.

Nota. Elaborado pela autora. Fonte: “Políticas Públicas: uma revisão da literatura”, C. Souza (2006) ,2006, *Sociologias*, 8(16), 20–45. <http://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>

Neste estudo descreveremos apenas o denominado Ciclo da Política Pública (Tabela 3), isto é, a análise por momentos ou fases do processo político. Baptista & Rezende (2011) afirmam que apesar das críticas, trata-se da perspectiva analítica mais utilizada no debate acadêmico dos estudos atuais de Política Pública. Para melhor compreensão da construção

histórica da divisão do processo político em etapas, organizamos uma linha do tempo com as informações de quando, quem e com que argumentos se delimitou uma proposta de Análise da Política Pública a partir das fases de seu processo político.

Tabela 3

O ciclo das políticas públicas e as questões que se apresentam na análise de cada fase.

Ciclo da Política	Questões pertinentes na análise de cada fase
Reconhecimento do problema – montagem da agenda	Como os temas ganharam atenção dos governos? Que problemas foram reconhecidos pelos governantes como relevantes? Como as alternativas para estes temas foram geradas? Como a agenda governamental se constituiu? Por que e quando uma ideia emergiu?
Formulação da política/Tomada de decisão	Como as alternativas políticas foram formuladas? Como determinada proposição foi escolhida entre outras alternativas? Quem participou do processo de formulação e decisão das políticas?
Implementação	A formulação da política apresenta objetivos, metas e direção clara? Os recursos necessários para sua implementação foram considerados no momento da formulação/implementação? O processo de construção da estratégia de implementação é claro? Em especial quanto à divisão de atribuições e atividades? Exige mudança organizacional? Os atores que estão envolvidos na implementação estão de acordo e compreendem a política traçada?
Avaliação	A ação política implementada trouxe mudanças positivas ou negativas para as condições prévias das populações? Qual(is) os impactos gerados? As ações previstas foram realizadas? As metas definidas foram alcançadas? Os instrumentos e recursos previstos foram empregados? As ações propostas utilizam os diferentes recursos com eficiência?

Nota. Fonte: “A ideia do ciclo de políticas públicas,” de T. W. Baptista e M. Rezende, 2015, *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 136–172). Rio de Janeiro: CCAPS

Para Secchi (2012) o Ciclo de Políticas Públicas “é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma Política Pública em fases sequenciais e interdependentes” (p.33), sendo que cada uma destas etapas tem diferentes atores, coalizões, processos e ênfases (Saravia, 2007). Para os autores citados, o ponto de partida para a geração de uma política pública é a percepção e definição dos problemas, que passa a ser considerado público quando afeta a percepção de muitos atores públicos, da definição da agenda política. Nesta etapa inicial é que um determinado pleito ou demanda social tem seu reconhecimento como um problema político e a sua discussão passa a integrar a agenda, isto é, a lista de prioridades do poder público.

Após a inclusão do problema na agenda, o passo seguinte será a formulação de soluções e alternativas aos problemas identificados. Esta é a fase em que se dá o diálogo entre intenções e ações; se desenha os programas para o encaminhamento de possíveis soluções; se avalia os custos, os efeitos de cada alternativa; e se estabelecem as prioridades. Esta fase do ciclo fornece as condições para a próxima: a tomada de decisão. Neste ciclo, as decisões

técnicas e políticas irão definir as ações efetivas e a escolha dos programas a serem adotados para atingir as metas, identificar os recursos que serão utilizados e determinar o horizonte temporal da intervenção.

Segue-se quinta etapa que é a implementação de políticas e programas propriamente dita. Nesta, os sistemas e atividades da administração pública (gerencial, decisório, logístico, de informação) deverão favorecer o arranjo organizacional por meio da alocação de recursos humanos, financeiros e materiais para a execução efetiva da política.

Ainda no sentido de organizar didaticamente o assunto sobre a Análise da Política Pública, Secchi (2012) descreve cinco dimensões de análise: conteúdo, tempo, espaço, atores e comportamentos. A proposta deste autor apresenta elementos que vão além do Ciclo de Política Pública, contemplando também os tipos de políticas, as instituições, os atores envolvidos no processo e os estilos de políticas, facilitando o entendimento do estudo de políticas públicas.

O debate sobre a Política Pública está crescendo no meio acadêmico brasileiro com o aumento gradual de artigos científicos em publicações, dissertações e teses sobre temas relacionados às políticas governamentais abordando os principais conceitos, fundamentos, tipologias e categorias analíticas consolidadas na literatura internacional sobre políticas públicas (Serafim & Dias, 2012; Sudano, Soares & Vergili, 2015).

A produção acadêmica sobre Política Pública é o resultado da criação de disciplinas de políticas públicas em cursos de graduação e pós-graduação e o financiamento das linhas de pesquisa sobre o tema pelas agências de fomento à pesquisa que se estabeleceram com as modificações no eixo de estruturação e orientação à Política Pública brasileira, principalmente às sociais, a partir do governo democrático e popular do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva.

As diversas temáticas relativas à Política Pública (educação, saúde, assistência, social, previdência social, etc.) são operacionalizadas por intermédio de serviços, programas e projetos que podem ser de índole setorial e/ou intersetorial e ter uma abrangência nacional, regional, estadual (Buvnich, 1999). Neste sentido, o presente trabalho está circunscrito naquela que Velasco, Nicolau, & Freitas (2011) consideram como a maior política social em curso no país: o Sistema Único de Saúde.

2.2 Pesquisa avaliativa: uma concepção político-metodológica

Apresentamos a seguir a evolução histórica dos conceitos, concepções e paradigmas que orientam a construção teórica da Pesquisa Avaliativa considerando tanto sua interface com o Ciclo de Política Pública quanto como um ramo distinto do conhecimento científico no campo da Pesquisa Social Aplicada.

Na Tabela 4, adaptamos proposta de geração de avaliadores proposta por Guba & Lincoln (2011) vinculada aos períodos históricos identificados por Dubois & Champagne (2011).

Tabela 4

Evolução histórica da pesquisa avaliativa

Período	Geração	Objetivo	Papel do avaliador	Papel do Avaliado
1800-1900 Reformismo	I - Medida	Desenvolvimento das técnicas psicométricas/testes, aplicação do método científico	Técnico que mede a eficácia dos resultados a partir dos testes.	É medido e controlado
1900 -1930 Eficiência e testagem	II - Descrição	Descrever, incluindo medir; Emergência da avaliação de programas centrados em objetivos de aprendizagem	Especialista que se limita a descrever os objetivos de aprendizagem	Elemento instrumental do processo
1930-1960 Idade de inocência	III - Julgamento	Julgar o mérito ou valor, Incluindo medida e descrição; Desenvolvimento de novos currículos e modelos de avaliação	Juiz , que acumula as funções anteriores, e que determina as decisões a tomar	Ator passivo e objeto das tomadas de decisão
1960-1973 Expansão	IV - Negociação	Chegar a discursos consensuais. Influência do paradigma construtivista	Orquestrador de uma negociação, intérprete e agente de mudança	Agente ativo, participativo. Colabora e negocia
1973-1990 Profissionalização e institucionalização	V - Avaliação Social	Desenvolver a avaliação como instrumental examinador das relações causais entre ação e reação do contexto social.	Selecionador prévio de metas e planejamento de atividades. Papel formativo que parte de uma abordagem prospectiva e de auxílio na tomada de decisão.	Agente ativo e participativo, analisando, avaliando e criticando
1990 – 2010 Dúvidas				
2010 até hoje				

Nota. Adaptado pela autora de “As cinco gerações da avaliação educacional – características e práticas educativas” de G. Dias, Filho, & Filho, 2013,1–21 e “Histórico da Avaliação” de Dubois C-A, Champagne F, 2011

Primeira geração (1910-1930)

A avaliação é uma atividade que tem influenciado a sociedade estando presente no cotidiano da humanidade desde o período neolítico até hoje, sendo que o que diferencia a

avaliação em sentido lato (avaliação informal) da avaliação *stritu senso* (avaliação formal) é o método.

Os rudimentos da avaliação formal estão descritos na evolução histórica da Pesquisa Avaliativa encontrada na literatura clássica sobre o assunto. Os historiadores como Dubois & Champagne (2011) e Worthen, Sander & Fitzpatrick (2004) relatam que desde 2000 antes de Cristo as autoridades chinesas já se valiam da avaliação formal para avaliar o desempenho de servidores públicos.

Os primeiros estudos avaliativos de programas sociais se desenvolveram no século XVII no contexto da revolução científica desencadeada na Europa, alicerçada nas teorias de Kepler, Bacon, Galileu e Descartes (Fagundes & Moura, 2009; Lima, 2009). Na França e Inglaterra do século XVIII a história da avaliação de programas sociais passa a ser mais sistemática, com estudos, por exemplo, de um experimento sobre o consumo de frutas cítricas para prevenção do escorbuto entre os marinheiros ingleses. (Dubois & Champagne, 2011).

A primeira geração tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção.

Segunda geração (1930-1967)

A primeira metade do século XX foi marcada pelas guerras mundiais, sendo considerado um período dos mais violentos da história humana. Na década de 30 foram criados os órgãos para supervisão dos programas sociais, de qualificação profissional e testes padronizados para avaliação do sistema escolar com o desenvolvimento de sistemas e instrumentos para avaliação de programas. A segunda geração é centrada na descrição da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas (Cruz, 2011).

Terceira geração (1960 - 1973)

Na segunda metade do século XX é que a avaliação de políticas e programas ganha reconhecimento científico com aplicação de métodos de pesquisa social, concomitantemente ao crescimento e aprimoramento dos próprios métodos científicos e à evolução da estrutura política, econômica e social das sociedades humanas (Fagundes & Moura, 2009). Os estudos avaliativos tem forte influência da corrente positivista, se concentram nos campos da educação e da saúde e se utilizam de métodos das ciências sociais, estatística e administração, entre outros (Lima & Silva, 2011; Lima, 2009).

A Pesquisa Avaliativa tem seu auge nos Estados Unidos no contexto das reformas sociais da chamada “Guerra à Pobreza” (Worthen et al., 2004), consolidando-se neste período

como campo específico de estudo. A terceira geração de avaliadores está apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões.

Quarta Geração (1973 - 2000)

Nos anos 70, uma nova onda de incertezas políticas econômicas e sociais ao mesmo tempo que ocorre o desenvolvimento de novas tecnologias especialmente a informática e as telecomunicações. Com o avanço da ideologia neoliberal na década de 80 assistiu-se a um declínio da Pesquisa Avaliativa. Nesta época os governos predominantemente conservadores, e com sérias restrições econômicas, os estudos pretendem que a avaliação sirva para a reconsideração de políticas e racionalização da alocação de recursos orçamentários (Dubois C-A, Champagne F, 2011).

Já nos anos 90, a avaliação de políticas e programas sociais desperta novamente o interesse dos governos, das organizações não governamentais e dos organismos financeiros internacionais que desenvolvem programas sociais tendo em vista que neste modelo o Estado assume as funções de financiador e regulador. Neste contexto as novas perspectivas teórico-metodológicas da Pesquisa Avaliativa ganham espaço na agenda acadêmica. É um campo em expansão que incorporou influências dos distintos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e o direito.

A quarta geração se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação.

Quinta geração (2000 – até hoje)

No presente incorpora-se uma quinta geração da avaliação denominada de avaliação social ou emancipadora (Dias et al., 2013.). Esta geração de avaliadores preconiza a participação do corpo social interessado em todas as etapas do processo de avaliação, implicando na vontade explícita de empoderá-los, contribuindo para compreender suas dificuldades e encontrar possibilidades de melhoria das políticas públicas (Pereira & Lima 2008). Segundo Furtado & Laperrière (2012) a avaliação de Quinta Geração aponta para a necessidade de ir além do diálogo incluindo-se também a dimensão do agir

Foram observadas variadas concepções e tipologias nos manuais clássicos sobre o tema da avaliação. Avaliar consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. O valor deste julgamento depende da validade de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) e/ou dos seus critérios e normas aplicados (avaliação

normativa). A pesquisa avaliativa busca compreender o “como” e o “porque” (Brousselle, Champagne, Contrandriopoulos & Hartz, 2011) das mudanças ocorridas no processo de implantação nos campos da intervenção por intermédio de procedimentos científicos.

Os trabalhos de Aguilar & Ander-Egg (1995), Cohen & Franco (1994) e Silva(2001) mostram que interpretar informações, formular conclusões e determinar valor ou mérito de um programa ou política pública são atividades que podem realizadas de diversas maneiras, com lógicas ou ênfases diferenciadas ou a partir de variadas concepções epistemológicas. Para Furtado (2001), tal fato ao mesmo tempo em que indica uma riqueza do campo da avaliação também gera dificuldades à comunicação clara sobre o tema.

As fontes do pensamento sobre avaliação podem ser: a) *Experimentação* (controle, aleatorização, testes estatísticos); b) *Mensuração* (uso de mecanismos de medidas para fenômenos, comportamentos, situações); c) *Análise sistêmica* (exame das inter-relações entre variáveis em processos/organizações complexas, auxiliando na tomada de decisão); e, d) *Abordagens interpretativas* (geração de interpretações descritivas e julgamentos holísticas para programas complexos)

Segundo os manuais clássicos de avaliação(Patta, Ramos & Schabbach, 2012), as avaliações podem ser agrupadas de acordo com os seguintes critérios: a) conforme o agente que avalia e quem participa do processo de avaliação (interna, externa, participativa); b) conforme a natureza da avaliação (formativa, somativa); c) conforme o momento de realização da avaliação (*ex-ante*, *ex-post*); d) conforme o tipo de problema ao qual a avaliação responde (processo, resultado, impacto). Neste estudo descreveremos apenas as tipologias relacionadas ao Ciclo de Políticas Públicas (Tabela 5), conforme se segue:

Tabela 5

Relação entre classificações de avaliação e o ciclo da política

Classificações	Ciclo da política		
	Formulação	Implementação	Avaliação Final
Avaliação ex-ante	X		
Avaliação ex-post		X	X
Avaliação de processo	X	X	
Avaliação de resultados			X
Avaliação política	X		
Análise de políticas públicas		X	
Avaliação de políticas públicas			X
Formativa		X	
Somativa			X

Nota. Fonte: “A idéia do ciclo de políticas públicas,” de T. W. Baptista e M. Rezende ,2015, e “*Caminhos para análise das políticas de saúde*” (pp. 136–172). Rio de Janeiro: CCAPS

No Brasil, seguindo a tendência internacional, a Pesquisa Avaliativa se desenvolve no bojo das reformas políticas que aconteceram com o processo de redemocratização do país a

partir da década de 80. Para Silva (2012), a expansão das avaliações de políticas e programas sociais é registrada quando os movimentos sociais passam a demandar políticas sociais enquanto direito de cidadania e de controle social sobre as políticas públicas.

Na década de 90 a avaliação configura-se como um mecanismo de controle a serviço da reforma do Estado brasileiro por influência do projeto neoliberal. Neste modelo a execução de programas sociais é largamente transferida para as organizações do chamado terceiro setor. Por exigência dos organismos internacionais, o financiamento de programas passa a ser condicionado à avaliação com foco na eficiência e na eficácia. Ainda segundo a autora, em que pese ser um campo ainda novo, a Pesquisa Avaliativa constituiu-se no Brasil em vasto campo interdisciplinar com abordagens interativas considerando variáveis contextuais e processuais.

O debate sobre a avaliação de serviços, programas e políticas públicas por intermédio da produção acadêmica brasileira sobre a Pesquisa Avaliativa tem se firmado com o desenvolvimento de estudos avaliativos abordando as diferentes perspectivas disciplinares, modelos teórico-conceituais e estratégias de pesquisa relacionando-as às diferentes temáticas e às demandas oriundas do funcionamento dos serviços ligados aos programas atendidos pelos órgãos governamentais.

A avaliação é teoricamente uma das etapas de uma política (Arretche, 1998; Fagundes & Moura, 2009; Finkler & Dell’Aglia, 2013). Estas autoras discutem o uso da avaliação como instrumento democrático e transformativo da sociedade, reafirmando que a produção e divulgação de avaliações rigorosas e tecnicamente bem feitas, permitem o exercício de um importante direito democrático: o controle social.

Neste trabalho adotamos como referência teórica a concepção de Pesquisa Avaliativa assumida pelo grupo de pesquisa liderado por Silva (2012)A autora considera que as funções da avaliação tem três dimensões distintas:

Função Técnica: a) fornecer subsídios para correção de desvios no decorrer do processo de implementação; b) indicar em que medida objetivos e mudanças ocorreram; c) subsidiar a elaboração ou redimensionamento de políticas e programas sociais;

Função Política: oferecer informações para sujeitos sociais fundamentarem lutas sociais no campo das políticas públicas (controle social);

Função Acadêmica: desvelar as determinações e contradições presentes no processo das políticas públicas, evidenciando os significados mais profundos dessas políticas (sua essência), para a construção do conhecimento (pp.223-224)

Segundo Lima (2009), a Pesquisa Avaliativa busca novos paradigmas no sentido de superar o caráter técnico, instrumental, neutralista e quantitativista que marcou os estudos dos anos 80. Para a autora, a Pesquisa Avaliativa deve atender aos seguintes requisitos:

Valorizar a análise crítica da política (avaliação política da política); adotar abordagens mais abrangentes que articulem a concepção, o processo de implementação e os resultados das políticas e programas, para não perder de vista a perspectiva da totalidade; considerar o contexto em que as políticas se desenvolvem, incorporando a ideia de historicidade; levar em conta os diferentes sujeitos e interesses envolvidos nos processos de formulação e implementação das políticas, com ênfase nas contradições e conflitos aí presentes, entendidos estes últimos como motores da mudança; negar a ideia de neutralidade e considerar o caráter parcial dos resultados da avaliação; partir do pressuposto de que as mudanças identificadas nas condições de vida de uma população não podem ser diretamente e exclusivamente atribuídas a uma política ou programa, posto que são síntese de múltiplas determinações, as quais não podem ser isoladas ou controladas mediante o uso de modelos experimentais; combinar o uso de procedimentos quantitativos e qualitativos de pesquisa; articular as dimensões técnica e política da avaliação; incorporar, sempre que possível, no processo avaliativo, os principais sujeitos das políticas públicas, inclusive os beneficiários; e, publicizar os resultados da avaliação numa perspectiva de democratização, de maior controle social sobre as políticas públicas e de emancipação. (p. 59)

O presente trabalho está circunscrito no contexto teórico de uma Pesquisa Avaliativa cujo campo de lutas é a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), um movimento social de profissionais, familiares, usuários e a sociedade em geral que luta por transformações nas práticas de Atenção à Saúde Mental entendida como um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural que visam transformar a relação da sociedade e a loucura.

2.3 Atenção Psicossocial – reafirmando parâmetros técnicos-políticos e éticos

A seguir faremos breves considerações sobre as diferentes reformas da psiquiatria que aconteceram no mundo e que tiveram influência direta na experiência brasileira para em seguida fazer um resgate histórico da RPB, e identificar assim o último referencial teórico-conceitual deste estudo: a Atenção Psicossocial.

2.3.1 Breve histórico das reformas da psiquiatria no mundo

Segundo Thornicroft e Tansella (2010), a história do cuidado em Saúde Mental pode ser descrita em três períodos: o nascimento do asilo, o declínio do asilo e o desenvolvimento do cuidado baseado na comunidade. Relacionaremos cada um destes períodos históricos ao contexto político correspondente, aos marcos filosófico-teóricos que embasaram as principais correntes do pensamento humano e com os filósofos que as representam. Foram identificadas as bases ideológico-políticas e os marcos filosófico-conceituais que sustentam as transformações teóricas e técnicas que aconteceram na assistência em Saúde Mental no Brasil. Essas origens fundamentam a reflexões críticas das inovações e desafios no campo da Atenção Psicossocial.

O nascimento do asilo (1880 – 1950)

Ao longo do tempo a loucura foi sendo compreendida de diferentes formas. Em sociedades que creditavam aos loucos a intermediação junto aos deuses, a loucura possuía um status elevado e era vista como fonte de sabedoria. Noutras, com a cristianização dos costumes, fora compreendida como possessão demoníaca, sendo que os loucos eram surrados e mortos. Habitando o universo popular de diversas formas, o louco é uma ameaça aos saberes constituídos pelo homem.

O encarceramento da miséria teve seu início na Europa no século XVI com as primeiras “casas de correção” na Inglaterra, em 1575, cujo propósito era fazer um “ordenamento espacial” da população constituída de pobres, indigentes, enfermos e prostitutas. A partir daí, surgiram as primeiras grandes instituições de miséria, dando origem ao que Foucault (1987) definiu como o “grande internamento”.

No século XVII esses espaços de reclusão assumiram um caráter terapêutico e foram definidos como a *pedagogia dos loucos*. Já em meados do século XIX adotou-se o chamado tratamento moral que tinha como pressuposto a reeducação mediante o trabalho, a dignidade e a responsabilidade, com os doentes, expulsos do contexto social, confinados em lugares fechados e governados por uma disciplina carcerária. Condenados por seu comportamento desviante, loucos foram enclausurados com toda sorte de indesejáveis da sociedade: eram trancados em grandes instituições e explorados como objetos da ciência dominante.

Tabela 6

A loucura através dos tempos

	Até a idade média	Clássica/Renascença	Modernismo	Início do Século XX
Contexto	Até século XIV e XV Final: Nau dos loucos Renascimento	Séculos XVI e XVII Iluminismo Racionalismo – império da razão. Descartes: “Penso, logo existo” Desenvolvimento da economia – necessidade de trabalho Lei dos pobres	Fim do século XVIII Pós revolução francesa (Revolução industrial) Conhecimento científico – especialidades. PSIQUIATRIA	Pós segunda guerra mundial – guerra fria. Mundo dividido. Socialismo x capitalismo Questionamento ao hospital psiquiátrico Reformas psiquiátricas, desospitalização e desinstitucionalização
Loucura	Já-estar da morte Manifestação do outro mundo Experiência trágica	Forma de erro ou ilusão (perda da verdade) Averso da razão Consciência crítica DESVIO Grande internação	Doença mental Coisa médica Desordem que se manifesta pelas maneiras e agir e sentir pela liberdade e vontade do homem ALIENAÇÃO	Doença mental Transtorno mental Saúde Mental

	Até a idade média	Clássica/Renascença	Modernismo	Início do Século XX
Louco	Espécie de vidente Alguém que tinha a capacidade de se comunicar ou entender as mensagens dos deuses	Sujeito destituído de razão	Doente mental alienado	Cidadão portador de direitos
Lócus	Sociedade	Hospital Geral	Hospício/manicômio	Sociedade sob tutela Hospital psiquiátrico humanizado Serviços extra-hospitalares

Nota. Fonte: “Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.”, A. V. Heidrich, 2007, Tese de doutorado, PUC _ RS, Porto Alegre, RS, Brasil. p.51

Em relação a história do trato com a loucura, Heidrich (2007) sugere um quadro informativo (Tabela 6) para sistematizar a forma como a experiência com a loucura foi entendida através dos tempos, sua influência nos espaços e nas práticas destinadas ao seu tratamento que nos ajudará a compreender os sistemas filosóficos de cada tempo histórico.

O declínio do asilo (1950 – 1980)

No início do século XX alguns autores criticavam o modelo manicomial sem, no entanto, fazer uma crítica direta e total da instituição psiquiátrica. Esta foi consolidada teoricamente na década de 60 por Goffman (1974), Foucault (1993), Jones (1972), Laing (1982) e Cooper (1982). Em especial, Foucault teoriza sobre as “instituições totais” abordando, fundamentalmente, as relações de poder institucional para, a partir delas, afirmar a existência de uma variedade de micropoderes particulares espalhados por todo o meio social que são recíprocos e inter-relacionados numa multiplicidade por onde se ergue a macroestrutura social, e que denuncia os efeitos do isolamento e da segregação de pessoas em hospitais psiquiátricos.

Na Tabela 7 são apresentadas as diferentes reformas da psiquiatria, os principais pensadores e a matriz teórica de cada concepção político doutrinária da segunda metade do século XX e que tem influência direta sobre a experiência brasileira.

Tabela 7

As reformas da psiquiatria no século XX

Movimento psiquiátrico	Origem	Década	Pensadores	Matriz teórica
Psiquiatria de setor	França	1940	Bonafé	-
Psicoterapia institucional	França	1950	Vertzman, François Tosquelles	Psicanálise
Comunidade Terapêutica	Inglaterra	1950	Maxwell Jones	Dinâmica de grupo
Antipsiquiatria	Inglaterra	1960	Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson	Existencialismo Fenomenologia
Psiquiatria preventiva e comunitária	EEUU	1960	Caplan	Epidemiologia funcionalista
Psiquiatria democrática	Itália	1970	Franco Basaglia, Franco Rotelli	Marxismo

Nota. Fonte: Adaptado pela autora de “Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará”. de J. J. Sampaio; J.M. Guimarães, & L.M.D. Abreu, 2010 São Paulo: Hucitec, p.24 – 25

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, que delineia os direitos humanos básicos, foi adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. O debate que se estabeleceu a partir de então fez surgir a necessidade de uma nova psiquiatria e a modificação das formas de atendimento instigava a geração de psiquiatras recém-saídos da ocupação e de campos de extermínio após a Segunda Guerra Mundial. Nas experiências que aconteceram na França, Inglaterra, Espanha as mudanças vão sendo pautadas por questões sociológicas, farmacológicas, administrativas e legais (Desviat, 2008).

Na década de 70, Basaglia (1985) lidera na Itália o bem sucedido movimento denominado Psiquiatria Democrática, com o propósito de romper a estrutura hierárquica do manicômio a partir da Desinstitucionalização. Ele e seus seguidores criticam o paradigma institucional que aponta o manicômio como lugar de descarga e ocultamento do sofrimento, miséria e doença social, insuportáveis para a ordem estabelecida, que considera os problemas como incoerentes, insolúveis ou insuperáveis de acordo com os códigos estabelecidos. A desinstitucionalização é para a reforma italiana, segundo (Rotelli, Leonardis, & Mauri, 1990).

um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se *cuida*. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (p. 33).

Esta crítica denuncia, mais do que as deficiências da psiquiatria, a ambiguidade de sua identidade (Rotelli, 2001). O autor assevera que a instituição “(...) é um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”(p. 28).

E questiona a relação com esse objeto:

(...) mas se o objeto ao invés de ser a “doença” torna-se a “existência – sofrimento dos pacientes” e sua relação com o corpo social, então a desinstitucionalização será o processo crítico prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior. ... A ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “invenção de saúde” e de reprodução social do paciente (pp. 29-30).

Porém, nem somente os especialistas criticaram o manicômio, mas seus usuários, como por exemplo, o francês Antonin Artaud. Segundo Meredieu (2006), Artaud foi um artista múltiplo: comediante, encenador, ator e roteirista de cinema, de programas radiofônicos e de música, escritor, poeta, crítico, agitador, ensaísta, artista plástico, cenógrafo. Sempre propondo a integridade entre a palavra e a coisa, entre o pensamento e o gesto, entre a arte e a existência, nos últimos anos de vida, passou por dolorosas internações em sanatórios, onde foi tratado à base de eletrochoques. Parte de sua obra foi criada enquanto esteve

internado no hospício, dentre as quais, está a Carta aos Médicos Chefes dos Manicômios, em que questiona, com veemência, o tratamento a que foi submetido (Artaud, 1986)

Senhores, as leis e os costumes vos concede o direito de medir o espírito. Essa jurisdição soberana e temível é exercida com vossa razão. ...O processo da vossa profissão já recebeu o veredicto. Não pretendemos aqui discutir o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. ... No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens – limitados ou não – de sacramentar com o encarceramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito.
E que encarceramento! Sabe-se – não se sabe o suficiente – que os hospícios, longe de serem asilos, são pavorosos cárceres onde os detentos fornecem uma mão de obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça é comparável à caserna, à prisão, à masmorra (p. 30).

Em fevereiro de 1947, após ver as 173 obras do grande pintor holandês Van Gogh no museu de l'Orangerie, Artaud se dedicou a escrever o artigo denominado “**Van Gogh: o suicídio pela sociedade**”, publicado em setembro do mesmo ano (Artaud, 1986). Com intensidade poética, recebeu o prêmio Sainte-Beuve, o principal prêmio literário para ensaios na França na época,. O jornal Arts publicara o artigo de um psiquiatra focalizando Van Gogh sob um ponto de vista clínico intitulando-o inclusive de degenerado, ao que Artaud contesta em seu texto:

E o que é um autêntico louco?
É um homem que preferiu ficar louco, no sentido socialmente aceito, em vez de trair uma determinada ideia superior de honra humana.
Assim, a sociedade mandou estrangular nos seus manicômios todos aqueles dos quais queria desembaraçar-se ou defender-se porque recusavam a ser seus cúmplices em algumas imensas sujeiras.
Pois louco é o homem que a sociedade não quer ouvir e que é impedido de enunciar certas verdades intoleráveis. (p.132)

O desenvolvimento do cuidado na comunidade (a partir de 1980)

Mais de um século após Pinel, o isolamento do asilo continuava sendo a única terapêutica da loucura, em que pese haviam propostas para que o manicômio fosse reformado e não cumprisse mais a função de tortura e de isolamento, mas de tratamento. Foi somente após a Segunda Guerra Mundial que o manicômio passou a ser considerado um lugar de doença, reclusão e sofrimento (Castel, 1978). O confinamento e os dispositivos disciplinares começam a dar sinais de escassez e uma nova instituição é inventada sustentada na premissa de que é necessário não só extinguir os manicômios como também desmascarar os conceitos e as práticas psiquiátricas enquanto cumpridores de mandato social de exclusão da pessoa com transtorno mental severo (Rotelli, 2001). É neste contexto que surgem novas propostas com a diminuição dos ambientes tradicionais de tratamento e a simultânea expansão dos serviços baseados na comunidade.

Segundo Saraceno (1999), a diminuição das internações psiquiátricas que se verificou pelo mundo pode ser atribuída a diversas razões. Na experiência italiana é evidente que esta

se dá a partir da negação da instituição pela psiquiatria democrática, enquanto que na americana esta teve o objetivo de redução de despesas somado os movimentos pelos direitos civis e a inglesa que congrega a racionalização de gastos e o reconhecimento de que o hospício é um lugar com baixo potencial terapêutico.

Este autor assevera que para o manicômio ser superado é necessário a recomposição epistemológica, técnica e administrativa de forma que a Saúde Mental Comunitária inclua diversos atores (associações de usuários, governantes, técnicos e especialistas e serviços (atenção básica de saúde, serviços extra-hospitalares, unidades em hospital geral). Trata-se de um fenômeno multifatorial e complexo que não se esgota com mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política.

Este modelo de serviço - (...) definido como forte - não seleciona de nenhuma forma necessidades, demandas ou conflitos, mas, ao contrario, elabora estratégias dinâmicas e individualizadas de resposta que tentam salvaguardar e ampliar a riqueza da via das pessoas, doentes ou sãs. Trata-se de negar o hospital psiquiátrico salvaguardando o direito de assistência, de negar 'a política de setor' salvaguardando a unicidade de responsabilidade sobre um território determinado, de negar a comunidade terapêutica em favor de uma comunidade difusa, de negar o monopólio dos técnicos utilizando ao máximo suas potencialidades para ativar os recursos das pessoas (p. 42).

Segundo Thornicroft & Tansella (2010), a “Saúde Mental Comunitária”, termo utilizado pela primeira vez na Grã Bretanha em 1957, pode ser compreendido como o cuidado fora das grandes instituições, a oferta de serviços especializados fora dos hospitais, o cuidado prestado pela comunidade e a normalização da vida cotidiana. Para estes autores o serviço de Saúde Mental baseado na comunidade deve oferecer um conjunto completo de cuidados efetivos em Saúde Mental para uma população definida, em proporção ao seu sofrimento ou risco e em colaboração com outras agências locais.

2.3.2 A experiência brasileira

De acordo com Schneider, Scarparo & Goullart (2012) existe uma diversidade de artigos, livros, teses e dissertações sobre a história das instituições psiquiátricas brasileiras que se caracterizam pela interdisciplinaridade e pela utilização de diferentes métodos historiográficos, abrangendo pesquisas desenvolvidas nas áreas da psicologia, psiquiatria, antropologia, enfermagem, serviço social, enfermagem, sociologia.

A historiografia brasileira foi descrita inicialmente por autores adeptos a linha ideológica de Michel Foucault, que esteve no Brasil por cinco vezes.(Costa, 1980; Engel, 2001; Machado, Loureiro, Luz, & Muricy, 1978). Seus questionamentos acerca da loucura e do manicômio influenciam as narrativas, tanto pela ótica de entusiastas da RPB (Amarante,

2010; Portocarrero, 2002; Sampaio, Guimarães & Abreu, 2010; Santos, 1994), quanto por aqueles que assumem uma posição pela contra-reforma (Bastos, 2007; Miranda-Sá Jr., 2007).

Ao revisitar o percurso histórico feito por historiadores brasileiros, (Bleicher, 2015; Fonte, 2011) constatamos que entre o descobrimento e a vinda da Família Real para o Brasil a loucura não era considerada doença. Os desviantes da classe abastada eram isolados em suas casas e vigiados por suas famílias enquanto, os pobres mansos viviam incorporados à paisagem urbana perambulando pelas ruas. Outrossim aqueles que perturbavam a ordem viviam trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia sob os cuidados de irmãs de caridade e carcereiros. Tais obras descrevem a situação dos loucos e como o tratamento destinado a eles foi se modificando no decorrer do século XIX quando a loucura passa a ser considerada doença mental.

Na Tabela 8 apresentamos uma cronologia do surgimento das instituições voltadas ao tratamento dos loucos e identificamos os eixos organizadores que caracterizam a assistência psiquiátrica de cada período histórico. Acrescentamos a elas a “entrada no Século XXI” que é a Era da Consolidação da Atenção Psicossocial (grifo nosso), conforme nos indica os autores Luzio & Yasui (2010).

Tabela 8
A experiência brasileira

	Momento histórico	Período	Eixo organizador	
Nascimento do asilo	Do Império à República Velha	1500 – 1817	Loucura não é doença. Seu lugar é a rua e a cadeia.	
		Institucionalização da loucura	1817-1852	Loucura é doença. Seu lugar é o porão das Santas Casas.
			1852-1890 Era dos asilos Reforma Clemente Pereira	Modelo alienista - isola da cidade aqueles que possam causar perturbação e excluir os improdutivos.
		Medicalização da loucura	1890-1941 Era das colônias Reforma Teixeira Brandão	Estatiza os hospitais e criar campos agrícolas de trabalho. Hegemonia do setor público
	O Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo	Da higiene mental à psiquiatria comunitária	1941-1954 Era dos hospitais estaduais Reforma Adauto Botelho	Atende os “abandonados sociais” e cria uma máquina previdenciário-assistencial para os trabalhadores.
	Período desenvolvimentista			
Ditadura militar	Indústria da loucura	1955-1986 Era dos hospitais privados Reforma Leonel Miranda	Cria um sistema de empresas privadas terceirizando as funções do Estado com o objetivo de ampliar a rede hospitalar até um leito para cada mil habitantes.	

	Momento histórico	Período		Eixo organizador
Declínio do asilo	Nova República	Deflagração da RPB	1987 – 2001	Denúncias de violações de direitos humanos
		Institucionalização da RPB	2002 – 2011 Era do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica Reforma Domingos Sávio	Tem como princípios a atenção psicossocial integrada, o sistema extra-hospitalar de cuidados, a interdisciplinariedade dos serviços a defesa da cidadania dos usuários.
Cuidado na comunidade		Consolidação da RPB	2011 em diante Era da Atenção Psicossocial Reforma Paulo Delgado	

Fonte: Elaborado pela autora. Fonte: “Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará”.de J.J.Sampaio; J.M. Guimarães, & L.M.D. Abreu, 2010 *São Paulo: Hucitec*, p.24 – 25; “História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul.”, de M. T. G. Dias, *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 1024-1045, 2012; Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Fonte (2011).

Ainda na era imperial, antes mesmo da existência da psiquiatria como especialidade médica a loucura foi tema das inquietações expressas nas obras de Machado de Assis (1882) e (Barreto, 1920). De acordo com Gomes (1994) “O Alienista” denuncia o vínculo entre ciência e poder bem como a usurpação, pelo homem de ciência, do direito que cada um tem de dizer a sua própria verdade. Também não faltaram críticas dos médicos no que diz respeito à forma desumana que, sem tratamento, os loucos viviam acorrentados pela chamada “psiquiatria leiga” onde o hospício tinha o papel de isolar o louco do convívio social em nome da ordem pública da “proteção social”.

Em “Diário do hospício/O cemitério dos vivos” Lima Barreto busca organizar pela escrita sua tumultuada e sofrida experiência da internação psiquiátrica, transformando esta experiência em matéria literária (Silva, 2008)

O modelo alienista vem a ser adotado em 1852 quando o próprio imperador inaugura o Hospício de Pedro II na Praia Vermelha no Rio de Janeiro. Pelo princípio do isolamento, o louco passa a ser asilado neste hospício para tratamento moral, intervenção que está de acordo com a proposta de Pinel e Esquirol (Desviat, 2008). Os asilos vivem então a sua época de ouro com a proliferação de hospitais psiquiátricos e com eles a institucionalização de toda gama de excluídos, superlotando os serviços por todo o país.

Com a Proclamação da República, a crítica ao hospício parte dos alienistas cujos ideais positivistas republicanos provocaram a modernização da psiquiatria como especialidade médica e conseqüentemente a laicização do asilo e o poder institucional passou a ser outorgado à classe médica.

Nesta altura, a chamada “psiquiatria médica” contribuía com a política oficial de construção dos hospícios-colônia, atendia aos interesses do Estado Republicano, diminuía os gastos com clientela pobre que perambulava pelas ruas ao mesmo tempo que oferecia atendimento diferenciado aos mais abastados em instituições da iniciativa privada. A promiscuidade que na era imperial estava com a religião passa a ser com os interesses do capital.

Destarte, inspirados nas experiências europeias, a psiquiatria brasileira vive a sua primeira reforma: a estatização dos hospitais psiquiátricos e a criação de inúmeras colônias agrícolas por todo país, tendo como expoentes especialistas como Teixeira Brandão, Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Franco da Rocha, Aduino Botelho, dentre outros.

A institucionalização da Higiene Mental teve início em 1919 com a inauguração do Ambulatório Rivadavia Correa, anexo à Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Juntamente com os Hospitais-Colônias este modelo ambulatorial foi adotado ao longo das décadas seguintes como o principal modelo institucional escolhido para organizar a atenção psiquiátrica no Brasil (Luiz & Braga, 2014).

O Governo Provisório, Constitucionalista e Estado Novo (1930 a 1946)

O pioneirismo brasileiro na nova psiquiatria do século XX cabe ao protagonismo de Ulysses Pernambucano, Luiz Cerqueira e Nise da Silveira. O psiquiatra Ulisses Pernambucano de Melo Sobrinho, ainda na década de 30, implantou uma pensão protegida no famoso Hospital da Tamarineira em Recife. Em “Memórias da Loucura” (Ministério da Saúde, 2008) os autores assim descrevem Pernambucano:

Incansável em suas lutas, Ulysses Pernambucano, empreendedor de uma Psiquiatria politicamente engajada, dirigiu o Hospital da Tamarineira – Pernambuco, em que os pacientes, não mais contidos nos leitos, ocupavam-se da praxiterapia. Além das inúmeras contribuições no campo da Psiquiatria e da Psicologia Social, destacou-se pelos trabalhos no campo das drogas entorpecentes e alucinogênicas, dos testes psicológicos e nas pesquisas de laboratório e áreas clínicas e psicopatológicas. (p. 28).

Ambos foram afastados de seus cargos quando presos por questões de ordem política. Aluno de Ulisses Pernambucano, outro psiquiatra combativo Luiz da Rocha Cerqueira foi importante na reestruturação da assistência psiquiátrica e criticava a “indústria da loucura” com argumentos técnicos. Esta expressão foi conceituada por Tenório (2002), como o sinergismo que ocorre entre o modelo assistencial prevalente (asilar), a modalidade da contratação dos serviços no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle.

Já na década de 40, a médica Nise da Silveira, ousando recusar os tratamentos vigentes, como o choque insulínico, a eletroconvulsoterapia e a lobotomia, optou pelas teorias

da psicologia e pela terapia ocupacional com base na Teoria Junguiana. A experiência na Seção de Terapia Ocupacional implantada por ela no Centro Psiquiátrico Pedro II no Rio de Janeiro deu origem ao famoso Museu das Imagens do Inconsciente existente até os dias atuais.

Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em 1941, foram implementados os Ambulatórios de Higiene Mental (AHM) nos Estados. Os ambulatórios na realidade funcionavam como instrumento auxiliar da assistência psiquiátrica asilar visto que exerciam funções assistenciais de terapêutica e a triagem de pacientes para os hospitais especializados (Luiz & Braga, 2014).

Assim, levando-se em consideração aspectos clínicos, humanitários e econômicos, este período se caracterizou pelo investimento financeiro para a construção de grandes asilos afastados dos centros urbanos, pois a corrente denominada “higiene mental” tinha a visão de que o cenário tranquilo do campo e o trabalho como forma de tratamento seria importante para a recuperação dos internos, sendo este o modelo que inspirou o modelo assistencial brasileiro da época.

Período desenvolvimentista (1946 a 1964)

Neste período a assistência à saúde no Brasil tem uma característica campanhista, centrado na recuperação pela força de trabalho e com modelo assistencial privativista.

No final da década de 50 a assistência à Saúde Mental no Brasil se caracteriza pela “superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, condições de hotelaria tão más ou piores quanto as dos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase 100 anos antes. O panorama geral da assistência psiquiátrica era sombrio; o poder público muito pouco ou quase nada fazia, e o movimento internacional de desinstitucionalização do pós-guerra não repercutiu no país de maneira significativa”

Em 1954 foi criado o Hospital Dia dos Comerciários de São Paulo, o primeiro hospital-dia no Brasil, e partir de sua formação, várias experiências se reproduziram no país (Zusman, 1992). O novo dispositivo é um intermediário entre a internação e a comunidade (Lima & Botega, 2001).

Ditadura militar (1964 a 1985)

A privatização dos serviços acontece na década de 60 e a doença mental passa a ser uma mercadoria, um objeto de lucro e, por consequência, aumenta o número de vagas e de internações em hospitais privados. A assistência psiquiátrica, quase que exclusivamente

realizada em hospitais psiquiátricos públicos, começa a mudar seu perfil a partir de 1967, com a criação das caixas de assistência da Previdência Social e com a publicação do decreto nº 60.252, de 21 de fevereiro que instituí a Campanha Nacional de Saúde Mental, subordinada ao SNDM. A lei que estabeleceu as Campanhas Nacionais de Saúde possibilitava o financiamento mediante convênio de instituições públicas ou privadas, bem como, participação destas nas ações de combate e prevenção das chamadas “doenças mentais”. Desta forma, com a terceirização de alguns serviços assistenciais em todo o Brasil, são celebrados inúmeros convênios com a iniciativa privada para a ampliação da rede assistencial especializada. Cerqueira (1984) denuncia que:

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem.(p.226).

Nos anos 70 tem início os primeiros movimentos contra a violação de direitos humanos que ocorria nos hospitais psiquiátricos e a discussão acerca da necessidade de humanização da assistência (Fonte, 2011). Estes denunciam uma necessária e urgente revisão do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, excessivamente hospitalocêntrico e iatrogênico, portanto, excludente.

Segundo Santos et al (2009) historicamente, os Ambulatórios de Saúde Mental (ASM) funcionaram como porta de entrada para os manicômios, sendo responsáveis por um grande número de encaminhamentos para internações. A falência do modelo ambulatorial iniciado nos anos 20 (Severo & Dimenstein, 2011) teve como resultado a cronificação da população assistida, gerou demanda e elevou o consumo de psicotrópicos, e não foi capaz de operar uma mudança paradigmática do modo asilar hegemônico para o modo psicossocial.

Os primeiros dispositivos que se opuseram à lógica manicomial foram os ASM e as Equipes Mínimas de Saúde Mental implementados no Brasil nos anos 80 pautadas pela Psiquiatria Comunitária americana e a Psiquiatria de Setor francesa. Estes foram protagonizados por um grupo de militantes da reforma sanitária no bojo da luta por mudanças sociais e políticas no país. (Costa-Rosa, 2013)

Nova República ao final do século XX (1985 a 2001) – a deflagração

O ponto de partida para a crítica ao manicômio no Brasil foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições que aconteceu em 1979 e contou com a presença de Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia. Este último iniciou uma

série de debates, palestras e conferências em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo (Costa-Rosa, 2013).

A luta no campo legislativo e normativo se deu a partir da I Conferência de Saúde Mental em 1987 e da “Lei Paulo Delgado” apresentada em 1989. Em 1991 houve uma reestruturação do Ministério da Saúde com a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental. O primeiro coordenador foi um funcionário de carreira do Ministério da Saúde e militante da Reforma Psiquiátrica. Sob a gestão de Domingos Sávio a equipe que passou a atuar no sentido da reorganização da assistência hospitalar, com o viés da desospitalização, fundamentada em ações de avaliação e acreditação hospitalar (Tenório, 2002).

Encontramos na literatura uma organização temporal que considera um momento de latência que se atribui à mudanças estruturais que ocorreram no Ministério da Saúde (Borges & Baptista, 2008). No entanto, apesar disso, foram as transformações nos campos político e sanitário que se sucederam neste período que abriu a possibilidade de que um novo modelo de atenção em Saúde Mental fosse desenhado na Saúde Coletiva, atendendo aos princípios organizadores do SUS e aos anseios do movimento em prol da RPB. Destacamos que no período de deflagração foram publicadas portarias importantes que funcionam como eixo estruturante até os dias de hoje (agosto, 2016) como a assistência farmacêutica, os estudos avaliativos no âmbito do SUS e a criação das cooperativas sociais.

Por esta razão adotamos uma divisão considerando a publicação da Lei Paulo Delgado como marco cronológico do próximo período pois entendemos ser mais justa historicamente com aqueles que, à despeito do momento desfavorável, tiveram papel fundamental na reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil.

Concretizando a atenção psicossocial no século XXI

O período de institucionalização, após a publicação da Lei 10.216 em 2001, se caracterizou pelo esforço pela implantação de um modelo de atenção à saúde mental de base comunitária por intermédio da construção de instrumentos normativos para organizar, financiar e qualificar e avaliar a rede substitutiva.

Já o período de consolidação tem como marco da Portaria GM nº 3.088/2011 que institui RAPS no âmbito do SUS.

Em suas reflexões sobre a reestruturação da assistência à saúde mental brasileira, Zurita & Melo (2013) nos direcionam para uma mudança de paradigma à luz da Teoria da Revolução de Thomas Samuel Kuhn (1975). Com base neste referencial filosófico afirmam que:

o paradigma que predomina na saúde mental é ainda o do modelo médico/psiquiátrico, as referências e conceitos que permeiam a assistência psiquiátrica estão emitindo sinais de esgotamento, pois todo progresso teórico e tecnológico tem se revertido num paradoxo, de asilamento/excludente, muitas vezes, de alto custo.[...] Outro fator implicado na transição paradigmática é a mitificação da ciência, como se ela pudesse resolver todos os problemas da humanidade (p.5609)

Na filosofia kuhniana, o termo revolução pode ser entendido como “mudança radical de qualquer situação cultural” e por isso entendemos que a transformação da assistência psiquiátrica pode tê-la por pressuposto teórico, constituindo-se como paradigma na acepção de Khun: um conjunto de suposições interligadas e relativas ao mundo social, proporcionando referencial filosófico para o estudo organizado deste mundo. Trata-se de um conjunto de conceitos e arranjos que são tomados como válidos para que seja possível, a partir dele, construir conhecimento, fornecendo os fundamentos sobre os quais uma dada comunidade científica desenvolve suas atividades (Dimenstein, Sales, Severo & Kalliny, 2010).

Tomaremos como modelo de referência o Paradigma da Atenção Psicossocial (PAP) e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) proposto pelo grupo de pesquisa liderado pelo pesquisador Abílio Costa Rosa (Devera & Costa-Rosa, 2007; Mondoni & Costa-Rosa, 2010; Yasui & Costa-Rosa, 2008) . Entendemos que este nos ajuda no exercício de identificar as bases ideológico-políticas e os marcos filosófico-conceituais que sustentaram transformações teórico-técnicas e éticas que aconteceram na Atenção em Saúde Mental no Brasil e que fundamentam nossa reflexão crítica sobre as origens, inovações e desafios no campo da Atenção Psicossocial.

Adotamos esta terminologia com a intenção de abarcar um sentido mais amplo do conceito. A palavra atenção vem do grego “dar atenção e prestar atenção, acolher, receber com atenção, tomar em consideração, levar em conta e escutar atentamente”. O termo “psicossocial” é apresentado por Costa-Rosa (2013) como uma tentativa de designar as formas de produção das instituições de saúde mental capazes de se contrapor à lógica do PPHM.

A mudança paradigmática das práticas substitutivas ao modo asilar de Atenção em Saúde Mental se constituiu a partir do cotidiano dos serviços com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica: os conceitos e a teoria; as técnicas e a assistência; o político e o jurídico; a questão sociocultural (Amarante, 2009, Yasui & Costa-Rosa (2008) complementam esta definição reafirmando também os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária: a integralidade e a territorialidade das ações de saúde e a participação popular no planejamento, gestão e controle das instituições de saúde. Os dispositivos institucionais que

funcionam nesta lógica prezam pela permanência dos indivíduos na sua comunidade, favorecem a formação de vínculos estáveis e garantem os direitos dos cidadãos.

No entanto, a Reforma Psiquiátrica é insuficiente para afirmar uma revolução paradigmática, sendo necessário que os dispositivos de Atenção superem, qualitativa e quantitativamente, os recursos asilares e que se estruturam segundo uma 'lógica' oposta à do hospital psiquiátrico (Pereira & Costa-Rosa, 2012). Na proposta de Costa-Rosa (2013) esses paradigmas são compostos por, no mínimo, quatro parâmetros básicos:

- 1 -Concepção do “objeto” e dos “meios” teórico-técnicos, referente aos modos de concepção dos processos de produção de saúde-adoecimento-atenção;
- 2 -Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais como um fator essencial das relações intersubjetivas possíveis, ou seja, do modo de produção de saúde e subjetividade;
- 3 -Modos de inter-relação instituição-clientela, população e território, isto é, modos de produção-reprodução do aparecimento da demanda e das expectativas de resposta disponíveis (representação social das formas de adoecer e das formas de tratamento à disposição no Território);
- 4 - Modos dos efeitos típicos da instituição em termos de performance terapêutica e ética, ou seja, como são produzidas, em retorno das ações de Atenção, as formas de relacionamento dos sujeitos com os fatores socioeconômico-culturais do adoecimento e com a própria capacidade desejante, supostamente posta em xeque pelo sofrimento psíquico intenso. (p. 79)

Para este grupo de pesquisadores a transição paradigmática PPHM como o paradigma hegemônico para o PPA se daria por meio de transformações significativas nos parâmetros descritos (Costa-Rosa, 2006). Neste sentido, a revolução paradigmática prevê mudanças radicais que superem dialeticamente as concepções teóricas, técnica e éticas e as práticas do PPHM, e as substituam por concepções e práticas do PAP.

Para além dos movimentos internacionais que influenciaram os métodos clínicos, a organização institucional e os fundamentos éticos e ideológicos do PAP, este transita ainda por outros campos do saber tais como as Filosofias da Diferença, da Existência, Materialismo Histórico, Psicanálise e Esquizoanálise.

Onocko-Campos (2013) afirma que os serviços substitutivos têm se destacado pelas rupturas éticas que produziu no cenário das formulações políticas e pelas marcantes mudanças e inovações das práticas assistenciais. A autora assevera que os novos dispositivos de Atenção à Saúde Mental se constituem um novo paradigma, no sentido kuhniano do termo, surgindo então novos desafios metodológicos para pesquisar as mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas. Delgado (2010) recomenda que os pilares para método de investigação desta experiência devem ser a ética, a evidência e a experiência, enfatizando a integração entre pesquisa, prática clínica, gestão e organização de serviços. É a partir destas premissas que estabelecemos os marcos teóricos do presente trabalho.

3 Percurso metodológico: materiais e métodos



Descreveremos inicialmente o percurso metodológico do “Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte” para facilitar a compreensão do trabalho que desenvolvemos a partir daquela experiência. O escopo da pesquisa que ora apresentamos se desenvolveu a partir do desenho esquemático que representamos a seguir:

Objetivo	Procedimentos metodológicos	Fonte	Produto
Contextualizar a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS	Pesquisa documental	Relatório das conferências, atos normativos, editais CNPQ, espelho dos grupos de pesquisa	Apêndice A
Mapear as pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental situados nas Regiões Centro Oeste e Norte	Revisão Narrativa da Literatura	Acervo do Manual do Pesquisador	Apêndice B
Apresentar os resultados do projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” de acordo com os parâmetros do “Quality Rights”	Meta-avaliação	Base de dados do “Avaliar CAPS Centro Oeste Norte” e DATA SUS	Apêndice C

3.1 Resumo executivo do “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”

O Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - Avaliar CAPS foi instituído pela Portaria GM nº 678/2006. O Ministério da Saúde realizou três edições do Avaliar Caps (2004, 2006 e 2008 - Ministério da Saúde, 2011) e a quarta e última edição foi realizada por intermédio de parcerias com cinco instituições de ensino, dentre eles está o projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”. O projeto foi desenvolvido com a coordenação do Prof Dr Ileno Izidio da Costa, por meio de um convênio firmado em 2010

entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília com o objetivo de avaliar os CAPS dos Estados das Regiões Centro-Oeste e Norte com cadastro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em dezembro de 2013. Foi executado em quatro fases: planejamento; coleta, sistematização e análise de dados; e, divulgação dos resultados, conforme o cronograma que se segue:

Fase	Descrição da atividade	2/2013	1/2014	2/2014	1/2015	2/2015
FASE 1	Planejamento					
	Criação de identidade visual					
	Mapeamento dos dispositivos da RAPS					
	Cadastro dos dispositivos a ser pesquisados					
	Identificação dos gestores locais					
	Cadastro de colaboradores					
	Estimativa de custos					
	Proposição metodológica					
	Elaboração de instrumento de pesquisa					
	Elaboração do FORM SUS					
	Realização das oficinas de alinhamento conceitual					
Elaboração do Manual do Pesquisador						
FASE 2	Coleta de dados – Etapa 1					
	Coleta de dados – Etapa 2					
FASE 3	Adaptação do aplicativo AVALIAR-AÇÃO 2.0					
	Sistematização dos dados					
	Análise dos resultados					
	Elaboração de relatório administrativo					
	Elaboração de relatório técnico					
FASE 4	Divulgação dos resultados					

Foram realizadas 6 oficinas de alinhamento conceitual para os 23 pesquisadores que se responsabilizaram pelo trabalho de campo. Os pesquisadores foram selecionados com base nos critérios de experiência na Rede de Atenção Psicossocial, compromisso com os princípios da RPB e liberação do gestor para realização da pesquisa.

Foi elaborado um “Manual de Pesquisador” contendo arcabouço legal, políticas e diretrizes, manuais técnicos e produção científica acerca da RPB e da pesquisa avaliativa em saúde mental. Os pesquisadores tiveram acesso ao conteúdo do manual na nuvem virtual Google Drive.

O instrumento de avaliação do perfil dos serviços foi um questionário semiestruturado (Anexo 1) construído coletivamente em 3 reuniões presenciais e 5 conferências virtuais com base nas experiências anteriores do Avaliar CAPS (Pitta, Coutinho & Rocha, 2015; Wetzell & Kantorski, 2004). O questionário foi respondido por intermédio de rodas de conversa com a participação de todos os trabalhadores do CAPS.

Cada questão corresponde a uma variável, que foram agrupadas em eixos organizadores e classificados de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultados

para avaliação qualitativa de atenção em saúde propostos por Donabedian (1966), conforme segue:

A - Estrutura	
Território e Rede	
	Mapeamento da RAPS
	Ações de saúde mental na Atenção Primária
	Ambulatório de Saúde Mental
	Centro de Convivência
	Consultório na Rua
	Leito para acolhimento noturno
	Leitos de saúde mental em Hospital Geral
	NASF
	SAMU
	Serviço de urgência/emergência psiquiátrica
	Serviço Hospitalar de Referência - álcool e drogas
	Serviço Residencial Terapêutico
	Unidade de Acolhimento
	Referência para internação
	Hospital especializado
	Hospital geral
	No próprio caps
Estrutura geral	
	Estrutura de funcionamento
	Alimentação
	Dia da semana
	Equipe técnica
	Horário de funcionamento
	Armário para usuários
	Manutenção
	Das instalações físicas
	De equipamentos
	De mobiliário
	De veículo
	Do espaço externo
	Área física
	Espaço externo
	Horta
	Pátio
	Piscina
	Quadra de Esportes
	Leitos para acolhimento noturno
	Enxoval
	Privacidade dos leitos
	Para o processo de trabalho
	Atividades administrativas
	Farmácia
	Posto de enfermagem
	Recepção
	Sala para atendimento individual
	Sala para atividades coletivas
	Sala para reuniões
	Serviço de arquivo e registro
Para os trabalhadores	
Banheiro com vestiário	
Cozinha	
Quarto de plantão	

	Refeitório
	Para os usuários
	Espaço de convivência
	Quarto coletivo
	Quarto de repouso
	Refeitório
	Sala de estar
	Sala de jogos
	Sanitário para cada sexo
	Financiamento
	Complementar
	Editais do Ministério
	verba de pronto pagamento
	Esfera de gestão
	Estadual
	Federal
	Municipal
	Recursos materiais
	Suprimento
	Material para oficina
	Medicação
	Acesso
	Acessibilidade
	Barreiras arquitetônicas
	Política de Acessibilidade
	Deslocamento dos usuários
	passage livre
	transporte realizado pelo caps
	Unidade fornece passe
B - Processo	
Articulação com o território	
	Controle de internações
	Central de Regulação
	Parcerias intersetoriais
	Conselho tutelar
	CRAS
	CREAS
	Cultura
	Educação
	Esporte e lazer
	Parcerias no campo da saúde
	Agente comunitário de saúde
	Ambulatório de especialidade
	Atenção básica
	Consultório na rua
	Estratégia de Saúde da Família
	Hospital geral
	Acompanhamento da internação
	Contato com familiares
	Controle de internações
	Não faz acompanhamento
	No local de internação
	Parceria com familiares
	Regulação de leitos
	Atividades comunitárias
	Ações da comunidade
	Ações na comunidade
	Reunião de articulação da rede

	Com atenção primária em saúde
	Atendimento compartilhado
	Capacitação em saúde mental
	Discussão de caso
	Identificação de casos graves no território
	Identificação de uso abusivo de drogas
	Matriciamento
	Acompanhamento de serviço residencial terapêutico
	Apoio matricial para atenção primária
	Atenção básica
	Hospital geral
	Referência para SRT
	Urgência/emergência
Organização da atenção em saúde	
	Ações para usuários de álcool e outras drogas
	Abordagem de redução de danos
	Tratamento para tabagismo
	Acolhimento inicial
	É admitido imediatamente em caso de urgência/crise
	É atendido sem agendamento e inicia o projeto terapêutico singular
	Lista de espera para o primeiro atendimento
	Primeiro atendimento agendado
	Pronto atendimento
	Realiza triagem com lista de espera ou grupo de acolhimento
	Avaliação inicial
	Clínica
	Psicossocial
	Psiquiátrica
	busca ativa
	Alta por abandono
	Atendimento domiciliar
	Busca ativa - profissional de referencia
	Busca ativa - serviço social
	Contato através da ESF
	Situação de crise
	Acompanhamento terapêutico
	Contenção física
	Encaminhamento para internação
	Reavaliação da medicação
	Revisão do projeto terapêutico singular
	Trabalho com familiares
	Outros
	Atendimento ao jurisdicionado
	Situações de crise
	Tentativa de suicídio
	Urgência/emergência
	Usuário em situação de rua
	Usuário sob efeito de substâncias psicoativas
Projeto Técnico Assistencial	
	Ações educativas
	Ações de educação em saúde
	Ações de prevenção de DST/AIDS
	Assistência Farmacêutica
	Estímulo ao uso autônomo
	Grupo de medicação
	Medicação assistida
	Orientação/controlado individualizado
	Atividades de cunho terapêutico

	Acolhimento inicial
	Apoio à serviço residencial de caráter transitório
	Grupo terapêutico com familiares
	Grupo terapêutico com usuários
	Atividades de reabilitação psicossocial
	Articulação com entidades da sociedade civil
	Articulação com entidades de ensino e pesquisa
	Articulação com órgãos do governo
	Atividades de incremento da escolaridade
	Comercialização de produtos
	Cursos profissionalizantes
	Fórum de economia solidária
	Parceria com incubadoras tecnológicas
	Atividades em grupo
	Atendimento grupal
	Atividades de esportes e lazer
	Atividades de expressão
	Grupo operativo
	Oficina sobre cidadania
	Oficina sobre sexualidade
	Oficinas terapêuticas
	Práticas corporais
	Projeto de geração de trabalho e renda
	Atividades externas
	Atividades externas
	Dispositivos de cuidado
	Acolhimento noturno
	Atendimento às famílias
	Atendimento individual
	Visita domiciliar
	Projeto Terapêutico Singular
	Para todos os usuários
	Para alguns usuários
	Planejamento e gestão
	Instrumentos de planejamento
	Orçamento
	Plano de ações e metas
	Plano municipal/estadual de saúde mental
	Relatório de gestão
	Relatório de supervisão clínico-institucional
	Processo avaliativo
	Avaliação de desempenho
	Avaliação sistemática
	Caixa de sugestões
	Ouvidoria
	Questionário de auscultação de familiares
	Questionário de trabalhadores
	Relatório de gestão
	Relatório dos técnicos
	Reuniões de equipe
	Acesso e qualidade da informação
	Controle de frequência
	Registro diário de atendimentos - RAAS
	Registro diário de atividades coletivas
	Registro diário de presença
	Registro diário do cotidiano
	Instrumento para avaliação global
	Instrumento para Projeto Terapêutico Singular

	Notificação obrigatória
	Agravos relacionados ao trabalho
	Violência doméstica
	Orientação sexual
	Primeiro surto
	Registro por raça
	Suicídio
	Organização dos prontuários
	Anotações legíveis
	Assinatura e carimbo dos profissionais
	Avaliação global
	CID 10
	Descrição do estado mental
	Evolução clínica
	Folhas datadas e identificadas
	Local exclusivo para arquivamento
	Prescrição médica atualizada
	Projeto Terapêutico Singular
	Prontuário único em meio eletrônico
	Prontuário único em papel
	Sistema lógico de arquivamento
	Sistematização da informação
	Atividades e frequências
	Cadastro de pessoas que usam benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e antidepressivos
	Perfil epidemiológico da demanda
	Perfil sócio econômico dos usuários
	Socialização da informação
	Ata em reunião de equipe
	Livro de narrativa do cotidiano
	Livro de ocorrências
	Passagem de plantão
	Reunião de equipe diária
Formação e qualificação	
	Programa de educação permanente
	Capacitações
	Estágio curricular
	Oficinas de reorganização do processo de trabalho
	PET - saúde mental
	Programa de educação permanente
	Residência médica
	Residência multiprofissional
	Seminários de planejamento
	Supervisão clínico institucional regular
Direitos Humanos	
	Garantia de direitos
	Articulação com a rede de assistência social
	Atividades de empoderamento para usuários e familiares
	Carteira de passe livre
	Defensoria pública
	Orientação e encaminhamento de benefícios
	Ouvidoria
	Suporte jurídico
Controle social	
	Formulação de políticas públicas
	Câmaras técnicas
	Colegiado de gestão
	Comissão de saúde mental no conselho municipal de saúde

	Fórum intersetorial de saúde mental
	Fórum intersetorial de saúde mental infanto-juvenil
	Representação no conselho municipal de saúde
	Gestão participativa
	assembleia
	conselho gestor
C - Resultado	
Qualidade do serviço	
	Satisfação dos usuários
	Acolhimento empático, inclusivo personalizado
	Bom relacionamento interpessoal da equipe com o usuário e seus familiares
	Construção de autonomia e protagonismo dos usuários
	Participação na gestão dos serviços
	Valorização da dimensão subjetiva de usuários e familiares
	Satisfação/sobrecarga dos trabalhadores
	Democratização das relações de trabalho
	Fortalecimento do trabalho em equipe
	Iniciativas para ter boas condições de trabalho
	Procedimentos para garantia de troca de saberes e conhecimentos
	Trabalho em rede
	Valorização da ambiência

Todas as informações foram inseridas pelos pesquisadores num formulário disponibilizado em meio eletrônico denominado FORMSUS, que é um serviço oferecido pelo DATASUS, desenvolvido para dar agilidade, estruturação e qualidade ao processo de coleta e disseminação de dados de interesse coletivo.

Os dados quantitativos coletados a partir do instrumento de pesquisa foram sistematizados por intermédio do aplicativo AVALIAR-AÇÃO. Este aplicativo é um dispositivo da caixa de ferramentas desenvolvido por esta pesquisadora para facilitar a compreensão dos trabalhadores, dos gestores e do controle social a respeito dos avanços e desafios que se observam a partir processo de supervisão clínico-institucional nos municípios de Manaus, Três Lagoas e Corumbá. Foi baseado também na experiência da gestão no Colegiado Estadual de Saúde Mental do Mato Grosso do Sul e no exercício prático dos profissionais da Escola de Supervisores de Estado do Maranhão.

O aplicativo gera um score por cada eixo organizador, calculado com base nos seguintes parâmetros:

Parâmetro	Cálculo
Pontuação por eixo organizador	Soma do valor das respostas dos itens avaliados
Score máximo	Número de itens avaliados por eixo organizador x5 (máximo valor)
Score por indicador	Pontuação por eixo organizador / Score máximo
Resultado do score	< 2,4 = insuficiente; entre 2,5 e 4,9 = razoável ; entre 5 e 7,4 = bom; e, > = 7,5 = adequado.

O valor por resposta de cada item avaliado é: sim=5; não=0; péssimo(a);ruim=2; regular=3;bom/boa=4; e, ótimo(a)=5

Quanto aos aspectos éticos, após comunicado via correspondência eletrônica, a equipe de apoio tomou providências para a assinatura da autorização para realização da pesquisa assinada pelo gestor local e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pela coordenação do serviço.

Dos 285 dispositivos selecionados pela amostra foram visitados 26 caps ad, 13 caps ad III, 100 caps I, 51 CAPS II, 3 CAPS III, 13 caps ij em 150 municípios diferentes, perfazendo um total de 72% da meta inicial.

3.2 Abordagens metodológicas

Para responder às indagações deste projeto de pesquisa escolhemos como abordagens metodológicas a pesquisa documental, a revisão narrativa da literatura e a meta-avaliação.

De acordo com a classificação proposta por Kerlinger (1980) e Cervo & Bervian (1983), esta pesquisa se caracteriza por ser uma pesquisa aplicada visto que tem como meta identificar problemas que possam contribuir para fins práticos. Considerando o procedimento utilizado, esse estudo se caracteriza por ser uma pesquisa do tipo analítica, pois, segundo Thomas & Nelson (1996) irá avaliar as informações disponíveis na tentativa de explicar como estão sendo realizadas as pesquisas avaliativas no âmbito do SUS. Ainda, quanto aos seus objetivos esta se caracteriza por ser uma avaliação endoformativa, que segundo Roth (2006) é aquela que tem como objetivo informar aos atores de um programa ou política para que estes possam melhorar e/ou transformar a referida política ou finalidade.

Os documentos constituem fonte rica e estável de dados pois representam um baixo custo e não exigem contato com os sujeitos da pesquisa(Gil, 2002). A palavra documento vem do latim *documentum*, de *docere*, que significa ensinar, mostrar. O dicionário Aurélio define documento como *“Toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova”*. Para a ABNT documento é

Qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova. Inclui impressos, manuscritos, registros audiovisuais e sonoros, imagens, sem modificações, independentemente do período decorrido desde a primeira publicação. (ABNT, NBR 6023,2000)

Partindo do pressuposto de que para além da pesquisa de um documento é imprescindível a análise do questionamento formulado por um problema de pesquisa, optamos por adotar a pesquisa documental como caminho para encontrar as respostas desta investigação.

A Revisão Narrativa da Literatura não exige um protocolo rígido para sua realização, não depende de critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura e não se utiliza de estratégias de busca sofisticadas e exaustivas (Cordeiro, Oliveira, Rentería & Guimarães, 2007). Os manuais clássicos consideram a meta-avaliação um recurso metodológico para a avaliação de políticas e programas com a finalidade de ajudar a avaliação a realizar seu potencial (Worthen et al., 2004). A meta-avaliação no conceito de Hartz & Contrandriopoulos (2008), compreende um julgamento e síntese de uma outra avaliação ou de um de seus componentes. Neste caso, trata-se da “avaliação da avaliação” do projeto “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”.

Segundo afirmam Furtado & Laperrière (2012) a meta-avaliação compreende os componentes essenciais da pesquisa avaliativa: informação, estabelecimento de critérios, julgamento e tomada de decisão. Adotamos a meta-avaliação neste estudo, alinhados ao pensamento dos autores citados, como meio de aproximar a teoria e prática e como subsídios para definições éticas e metodológicas.

3.3 Procedimentos metodológicos

Este tópico descreve os procedimentos metodológicos a partir dos objetivos deste trabalho: contexto da pesquisa avaliativa no SUS, o mapeamento da pesquisa avaliativa nas regiões Centro Oeste e Norte e os resultados dos indicadores de qualidade do “Avaliar CAPS Centro Oeste Norte”, dentre eles os temas e padrões do “Quality Rights”.

3.3.1 Contexto da pesquisa avaliativa no SUS

A fonte para coleta de dados foram os relatórios, programas e caderno de textos das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e os atos normativos do Ministério da Saúde após 1990.

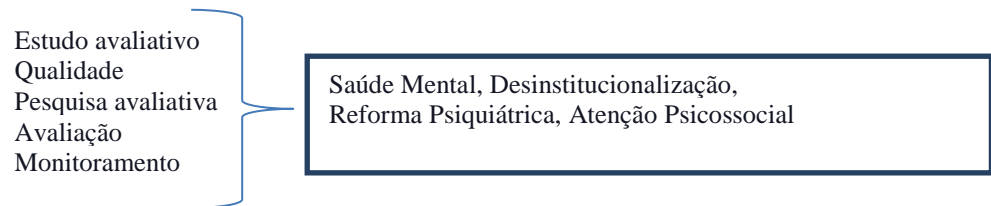
As diretrizes específicas aprovadas pelas conferências relacionadas a avaliação em saúde mental foram identificadas por meio da ferramenta “Localizar” do programa Adobe Reader com o descritor “avalia”. Foram descartadas as propostas em que a avaliação tem o sentido de “avaliação clínica”.

Os atos normativos do Ministério da Saúde foram selecionados com base no seu conteúdo e classificados a partir dos objetivos da atual política de mental, que são: reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos especializados, qualificar, expandir, fortalecer e avaliar a rede substitutiva. O primeiro grupo reúne as portarias relativas à reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar publicadas neste período. O segundo é dos atos normativos

cujo objetivo é expandir e fortalecer a rede substitutiva: a organização da rede e/ou serviços; a habilitação dos serviços substitutivos; o financiamento e/ou custeio da RAPS; e, a gestão da política. No último, estão as Portarias cujo conteúdo temático permeia toda a RAPS, incluindo a avaliação de políticas e serviços. Não foram consideradas as portarias referentes à Campanha Nacional de Saúde Mental por se tratar de uma proposta do modelo manicomial (Luiz & Braga, 2014). Os dados foram organizados de acordo com os períodos históricos elencados no capítulo anterior (Fonte, 2011) e com os componentes da RAPS definidos pela Portaria GM nº 3.088/01.

3.3.2 Mapeamento da pesquisa avaliativa nas Regiões Centro Oeste e Norte

A identificação dos grupos/linhas de pesquisa e os pesquisadores que desenvolvem estudos avaliativos no campo da Saúde Mental no SUS foi feita a partir de consulta parametrizada no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil na Plataforma Lattes do CNPQ <http://lattes.cnpq.br/web/dgp>, utilizando a combinação dos seguintes descritores:



Nos espelhos de pesquisa foram obtidos os dados referentes à repercussão do trabalho do grupo, as respectivas linhas de pesquisa, seus objetivos e ações, as palavras-chave e a produção acadêmica de seus pesquisadores. Após a leitura cuidadosa dos dados extraídos dos espelhos de pesquisa, foram selecionados os grupos de pesquisa que desenvolvem estudos avaliativos no campo da saúde mental no âmbito do SUS.

Foram publicados dois editais para seleção pública com o objetivo de apoiar atividades de pesquisas científicas, tecnológicas e de inovação, mediante o apoio financeiro a projetos que visem ao estudo da saúde mental. Após leitura cuidadosa dos espelhos de projeto de pesquisa foram selecionados 5 projetos aprovados pelo edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 07/2005 e 16 projetos aprovados pelo edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT N ° 33/2008.

Outra fonte para identificação de projetos foi o “Manual do Pesquisador”. O processo catalogação do acervo foi realizado em reuniões quinzenais do grupo de estudos “Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental no contexto do SUS” formado por pesquisadores do “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte” e orientandos do Prof Ileno Izídio da Costa. Analisamos também a produção acadêmica citada nas quatro últimas revisões sistemáticas de literatura sobre

avaliação de serviços de saúde mental (Costa, Colugnati, & Ronzani, 2015; Dantas & Oda, 2014; Oliveira et al., 2014; N. dos S. Silva, Melo, & Esperidião, 2012).

A ficha para o cadastro dos projetos de pesquisa contem as seguintes informações: título do projeto, pesquisador responsável pela execução e vínculo institucional, objetivos do projeto, componente avaliado, temas transversais, Unidade da Federação e perspectiva avaliativa. Foram incluídas as pesquisas avaliativas em saúde mental no âmbito do SUS.

A perspectiva avaliativa foi agrupada com base nos indicadores de qualidade de serviços de saúde mental propostos por Saraceno, Frattura e Bertolote (1993): Indicadores da Política; Indicadores de Recursos e Custos; Indicadores do Programa; Indicadores de Processos; Indicadores de Satisfação, Sobrecarga e Impacto; Indicadores de Contexto-Estrutura; e, Indicadores de Resultados.

A amostra tem um total de 1633 documentos, sendo: 545 atos normativos, 62 políticas e diretrizes, 843 artigos científicos, 68 dissertações de mestrado, 34 teses de doutorado, 20 capítulos de livro e 16 relatórios de pesquisa. As informações sobre as dissertações e teses foram extraídas do resumo. Optamos pela leitura completa dos artigos científicos tendo em vista que os resumos nem sempre contêm as informações desejadas.

A biblioteca virtual resultante deste processo está disponível no aplicativo Mendeley. O Mendeley é um software desenvolvido para colaboração online de referências bibliográficas que permite a localização de informação científica e a criação de grupos para colaboração online de pesquisadores.

3.3.3 Avaliação da avaliação

As fontes de dados para a meta-avaliação foram os sistemas de informação do DATASUS e o banco de dados do “Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte” gerado pelo aplicativo AVALIAR-AÇÃO.

Os dados no sítio do DATASUS foram coletados por meio do aplicativo Tabnet. O TABNET é uma versão do TABWIN que opera na rede mundial de computadores e permite a tabulação de grande massa de dados com rapidez e simplicidade a partir das bases de dados dos sistemas de informação do SUS (Silva, 2009). Estas bases de dados são de domínio público e não permitem a identificação dos usuários, de forma a garantir sua confidencialidade, sendo dispensada a avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 .

a) Perfil populacional

O perfil populacional foi delineado com base no parâmetro populacional para implantação de CAPS estabelecido pela republicação da Portaria GM nº 3.088 em dezembro de 2013, conforme se segue:

Código	Descrição	Tipo de dispositivo
A	abaixo de 15.000	Equipe de saúde mental na atenção básica
B	entre 15.000 e 70.000	CAPS I
C	entre 70.000 e 150.000	CAPS II e CAPS ad
D	acima de 150.000	CAPS III e CAPS i

Para o número de habitantes utilizou-se como base as estimativas populacionais realizadas para o Tribunal de Contas da União (TCU) em cada ano do período considerado disponíveis no Tabwin.

b) Taxa de cobertura assistencial

A taxa cobertura assistencial é o percentual da população estimada coberta pelas ações da rede assistencial. É calculada de acordo com critérios populacionais, medindo-se a relação entre a oferta de serviços e a população residente na mesma área geográfica.

As informações sobre os dispositivos da Atenção Psicossocial foram obtidas no sítio <http://cnes2.datasus.gov.br/> com a seguinte sequência de acesso: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Relatórios, Tipos de Estabelecimento, Todos, Centro de Atenção Psicossocial, Competência dezembro/2015. Os dispositivos da Atenção Básica foram localizadas no mesmo sítio com a seguinte sequência de Acesso: CNES, Consultas, Equipe, Todos, Competência dezembro/2015

O número de pontos de atenção do componente de Atenção Hospitalar foram tabulados com a seguinte sequência de acesso: Acesso à informação, Rede Assistencial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Recursos Físicos, Hospitalar-leitos de internação, Brasil (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>).

Para este estudo, calculamos separadamente o indicador de cobertura de cada componente da rede, conforme se segue:

Componente	Fórmula
Atenção Básica	$\text{Básica} = \frac{\text{NASF 2}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 32.000 + \frac{\text{NASF 1}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 12.000$
Atenção Especializada	$\text{Especializada} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de CAPS I}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 20.000 + \frac{\text{n}^\circ \text{ de CAPS II}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 70.000 + \frac{\text{n}^\circ \text{ de CAPS III}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 200.000 + \frac{\text{n}^\circ \text{ de CAPS ad}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 70.000 + \frac{\text{n}^\circ \text{ de CAPS i}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 150.000$
Atenção Hospitalar	$\text{Hospitalar} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de LAI}}{\text{n}^\circ \text{ de habitantes}} \times 23.000$
Taxa de cobertura	$\text{Média} = \frac{\text{Hospitalar} + \text{Especializada} + \text{Básica}}{3}$

Para que fosse possível classificar os municípios em categorias de análise, calculamos uma média dividindo-se a soma dos subtotais de cada componente pelo número de componentes. O resultado obtido foi classificado em: < 2,4 = insuficiente; entre 2,5 e 4,9 = razoável ; entre 5 e 7,4 = bom; e, > = 7,5 = adequado.

c) Redução de leitos em hospital especializado

A reestruturação da assistência hospitalar através da redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos em hospital especializado, especialmente aqueles de grande porte, é uma das diretrizes fundamentais da atual Política Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2010) .

Os dados referentes à oferta de leitos SUS foram tabulados com a seguinte sequência de acesso: Acesso à informação, Rede Assistencial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Recursos Físicos, Hospitalar-leitos de internação, Brasil (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>), com as seguintes variáveis:

Tabulação	Linha	Coluna	Conteúdo	Seleções
nº de leitos	Tipo de estabelecimento	Especialidade	Quantidade e SUS	Variáveis: UF, município e competência(12/2008, 12/2009, 12/2010, 12/2011, 12/012, 12/2013, 12/2014, 12/2105 Seleções fixas Clínico: saúde mental Outras especialidades: psiquiatria, acolhimento noturno Hospital dia: Saúde mental

Os leitos foram classificados conforme os componentes da RAPS: 1)Atenção Psicossocial: psicossocial; 2) Atenção Hospitalar: Hospital geral: 3): Urgência/Emergência: pronto-socorro geral, pronto-socorro especializado e unidade mista; e 4): especializado: psiquiatria. Foram excluídos os resultados dos leitos de hospital dia, tendo em vista que estes não fazem parte da RAPS, e estão vinculados aos hospitais psiquiátricos tradicionais.

A variação da redução do número de leitos em hospital especializado foi calculada pela subtração do total de leitos em dezembro de 2015 pelo total de leitos em janeiro de 2008 (Redução = It_2015 - It_2008).

d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral

A construção e a expansão de uma rede de atenção aberta e diversificada de serviços também é receita da política atual. A expansão dos leitos de acolhimento noturno em CAPS e

de LAI foi analisada a partir do cálculo da proporção entre a oferta de leitos em hospital psiquiátrico especializado e os leitos de acolhimento noturno e em hospital geral ofertados dentro dos preceitos preconizados pela RAPS em dezembro de 2015 (Expansão=leitos em hospital especializado – leitos em hospital geral).

e) Redução de internações em hospitais especializados

Outro aspecto a ser considerado para avaliar o poder substitutivo da RAPS é quantidade, o lugar e a forma de acompanhar as internações. (Grigolo, Delgado, & Schmidt, 2010). Para isso calculou-se a Taxa de Internação (TIH) por tipo de leito em cada Estado, com base nos parâmetros estabelecidos pela Portaria n.º 1.101/ 2002. Foram tabulados os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) para o Tratamento dos Transtornos Mentais e Comportamentais, aprovadas nos Estabelecimentos de Saúde credenciados ao SUS nas Regiões Centro-Oeste e Norte entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2014.

A sequência de acesso utilizada foi: Assistência à saúde, Por local e internação a partir de 2008, Procedimentos hospitalares do SUS, Por local de internação, Brasil (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>). As variáveis e as definições para cada tabulação estão assim representadas:

Tabulação	Linha	Coluna	Conteúdo	Seleções
nº de internações	Tipo de procedimento	Ano de internação	Frequência	Variável: UF Seleções fixas: Período selecionado: entre 01/01/2008 e 31/12/2014 Forma de organização: 030315

Após a tabulação dos dados procedeu-se ao cálculo da porcentagem de internações na população residente por cada UF, entre 01/01/2008 e 31/12/2014 por cada ano considerado por intermédio da fórmula: $n^\circ \text{ de internações} / (n^\circ \text{ de habitantes} \times 0,08) \times 3,50\%$. A variação do número de internações (N) foi calculada pela subtração do número de internações em 2014 pelo número de internações em 2008 ($N = \text{int}_{2014} - \text{int}_{2008}$).

f) Quality Rights - qualidade é direito

O “Quality Rights” é um método de análise em que a avaliação dos serviços de saúde mental com relação aos direitos humanos e à qualidade dos serviços está organizada em cinco temas centrais: 1) O direito a um padrão de vida adequado; 2) O direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental; 3) O direito de exercer a capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa; 4) Prevenção contra tortura ou tratamentos

e penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso; e, 5) O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Ministério da Saúde., 2015).

O projeto “Direito é qualidade – Quality Rights” (Quality Rights) é um projeto da OMS que tem por objetivo melhorar as condições de qualidade nos serviços de saúde mental e de assistência social articulado ao movimento da sociedade civil na área (Ministério da Saúde, 2015)

O Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a OMS para realizar a tradução oficial do instrumento para a língua portuguesa. Em 2014 aconteceu em Porto Alegre a Oficina para análise de compreensibilidade e clareza das traduções do “Quality Rights” com a participação de usuários, profissionais e gestores. Trata-se de um kit de ferramentas desenvolvido com base na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).

O aplicativo AVALIAR CAPS 2.0 foi adaptado gerar os resultados com base no kit de ferramentas do “Quality Rights”. Para tanto foi criada uma nova coluna de cálculo, conforme representamos abaixo:

Score		Avaliar Caps	WHO
< 2,4	<24%	insuficiente	NI
Entre 2,5 e 4,9	Entre 25% e 49%	razoável	AI
Entre 5 e 7,4	Entre 50% e 74%	bom	AP
>7,5	> 75%	adequado	AT

4 Contextualizando a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS nas Regiões Centro-Oeste e Norte



A atenção às pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do abuso de álcool e outras drogas refletem os valores sociais predominantes de cada período histórico. A mudança de paradigma da atenção à Saúde Mental aconteceu a partir da segunda metade do século XX devido aos progressos significativos da psicofarmacologia, dos avanços em favor dos direitos humanos e à incorporação dos componentes sociais e mentais no conceito de saúde (OMS, 2001).

No Brasil, sob a influência dos principais movimentos institucionais no campo da Saúde Mental como a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional (França), antipsiquiatria e comunidades terapêuticas (Inglaterra); Saúde Mental comunitária (EUA) e movimento de Desinstitucionalização (Itália), surge o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana proposta por Franco Basaglia e seus seguidores (Rotelli & Amarante, 1992). A partir de então desenvolveram-se várias experiências baseadas no questionamento dos conceitos relacionados aos transtornos mentais e suas formas de tratamento excludentes, restritivas e incapacitantes.

Diversos autores brasileiros (Lancetti, 2013; Luzio & L'Abbate, 2006; Nicácio, 2007) têm relatado o êxito destas experiências. Destacamos o pioneirismo da equipe do CAPS da Rua Itapeva em São Paulo - SP, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP e a reestruturação da rede substitutiva em grandes municípios como Rio Claro e Campinas -SP, Belo Horizonte -MG e Recife -PE e a articulação da Saúde Mental com a atenção básica no projeto QUALIS da Zona Leste de São Paulo-SP. Tais autores defendem um modelo assistencial que tem como norte a produção de vida e cidadania e não a doença e suas

manifestações. Destaca-se como pontos fundamentais para reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil: a realização das conferências de Saúde Mental e o arcabouço legal que respalda tanto as mudanças assistenciais como o financiamento que dá sustentação à rede substitutiva (Devera & Costa-Rosa, 2007). Consideramos também um outro ponto que a literatura nos mostrou como estratégico no processo de institucionalização da RPB que foi a gestão da política e os temas transversais.

4.1 As Conferências Nacionais de Saúde Mental

Em 1990, a cidade de Caracas sediou a I Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Nesta oportunidade, especialistas da área de diversos países recomendaram a superação do hospital psiquiátrico fazendo proposições dos fundamentos para a transformação do modelo de atenção à Saúde Mental na América Latina cujo eixo passasse pelo serviço de Saúde Mental Comunitária e que a internação psiquiátrica quando necessária seja realizada em hospitais gerais (Declaração de Caracas, 1990). O Brasil é signatário da Declaração de Caracas, assumindo assim o compromisso de adotar tais fundamentos para a transformação do modelo de atenção à Saúde Mental na América Latina. Na década que se segue entram em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, como CAPS/ NAPS e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

As recomendações da Declaração de Caracas foram referendadas em Brasília pela “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, quando se reafirmou a necessidade de construir redes de serviços que substituam os hospitais psiquiátricos e garantam a adequada atenção integral e multidisciplinar das pessoas com transtornos mentais e em situações de crise, incluindo, quando seja necessário, a hospitalização em hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2005).

O marco histórico na luta pela construção do SUS foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília no ano de 1986. Com base nos princípios organizadores afirmados nessa conferência o sistema de saúde deve ser organizado de forma universal, equânime, regionalizado e hierarquizado, descentralizado com comando único, oferecer atendimento integral e ter a participação da comunidade. A participação popular é entendida como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social em todas as esferas: municipal, estadual e federal.

Alicerçado nesses princípios, o movimento social, em especial o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), tem presença marcante na reestruturação da

atenção em Saúde Mental no âmbito do SUS e na consolidação da atual política de Saúde Mental. Ao longo desses anos aconteceram quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e centenas de Conferências Municipais e Estaduais nas quais associações de usuários, familiares e trabalhadores de Saúde Mental têm ocupado lugar nas discussões e decisões nas três esferas de gestão (Tabela 9)

Tabela 9

Conferências Nacionais de Saúde

Conferências	Tema	Eixos temáticos
I Conferência – 1987	-	I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental
II Conferência - 1992	Atenção Integral e Cidadania	I – Marcos Conceituais II - Atenção à Saúde Mental e Municipalização III - Direitos e Legislação
III Conferência- 2001	Cuidar sim, excluir não!	I – Reorientação do Modelo assistencial em Saúde Mental II – Recursos Humanos III – Financiamento IV – Acessibilidade V – Direitos e Cidadania Vi – Controle Social
IV Conferência-2010	Saúde Mental: um compromisso de todos	I - Eixo da Política e da Pactuação II - Eixo do Cuidado III - Eixo da Intersetorialidade

Nota.: Elaborado pela autora.

O MTSM surgiu em 1987 e culminou na realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, onde foi recomendada a desospitalização como uma estratégia para mudar a assistência aos portadores de transtornos mentais. Ainda naquele ano, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que aconteceu em Bauru, propôs mudanças nos pressupostos teóricos e éticos na assistência psiquiátrica (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2001).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental acontece em 1987 no contexto da criação do SUS de maneira que suas diretrizes definem os princípios gerais para a Reforma Sanitária e a reorganização da Atenção à Saúde Mental. As propostas relativas ao tema da avaliação apontam para a participação dos usuários no processo na formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde mental. Apenas duas diretrizes específicas foram encontradas: 1) garantir a participação do controle social na formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde em geral e da saúde mental em particular; e 2) permitir a participação dos usuários na avaliação dos serviços

Em Brasília, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental enfatizou o controle social e formalizou o esboço de um novo modelo assistencial. Esta definiu os marcos conceituais que sustentam o modelo de atenção e direitos de cidadania, incluindo a transformação e o cumprimento de leis. As propostas aprovadas apontam na direção de pesquisas para aferir a qualidade dos serviços. São elas: 1) promover investigações epidemiológicas, sócio- antropológicas e de avaliação dos resultados da rede de atenção em saúde mental; 2) estabelecer mecanismos de integração entre SUS e Universidade para o controle e avaliação permanente da nova política de saúde mental; 3) Criar mecanismos antimanicomiais de avaliação do serviço; e, 4) Garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços.

Novamente em Brasília, em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, sob a égide do tema *Cuidar sim, excluir não*, representou um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da Reforma Psiquiátrica elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção humano, de qualidade e com participação e controle social.

Em 2005, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) sedia em Brasília a “*Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*” que, por meio da Carta de Brasília, reafirma a validade dos princípios orientadores assinalados na Declaração de Caracas.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental tem um capítulo denominado “Auditoria, Controle e Avaliação” que trata especificamente do tema indicando que é fundamental a criação de indicadores e de um sistema de avaliação da política e dos serviços de Saúde Mental. Foram aprovadas as seguintes diretrizes:

1. Desenvolver critérios visando a acreditação dos serviços públicos de saúde mental;
2. Reivindicar a avaliação das condições de vida e tratamento de usuários de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico;
3. Garantir a realização de seminários estaduais e municipais anuais, de avaliação das ações de saúde mental;
4. Criar fóruns intersetoriais para a discussão criação e avaliação de políticas públicas;
5. Destinar recursos financeiros para o aprimoramento de tecnologias e práticas de atenção, promoção e avaliação da qualidade dos serviços;
6. Garantir a avaliação e monitoramento do funcionamento dos serviços;
7. Implantar processo de cogestão para planejamento execução e avaliação dos serviços de saúde mental;
8. Reavaliar os serviços destinados a atenção à saúde mental da criança e adolescente;
9. Criar indicadores e um sistema de avaliação da política e dos serviços de saúde

- mental;
10. Reavaliar as unidades de internação existentes;
 11. Implementar uma política de avaliação epidemiológica e de qualidade de serviços e ações de saúde mental;
 12. Desenvolver sistemas e indicadores para a avaliação e auditoria dos serviços prestados à saúde mental, por meio de pesquisa sobre a qualidade e satisfação dos usuários, familiares e equipe assistencial;
 13. Elaborar Planos com orçamentos, recursos para investimentos, definição da natureza, capacidade operacional, indicadores para avaliação e propostas de gestão para os equipamentos da rede substitutiva e prazos para a implementação de suas metas;
 14. Estabelecer indicadores e parâmetros para a avaliação dos serviços substitutivos;
 15. Estabelecer Planos de implementação que contemple metas, orçamentos, prazos de investimento, avaliação, definição de natureza e capacidade operacional e proposta de gestão de serviços;
 16. Reavaliar as unidades de internação existentes;
 17. Criar mecanismos para a efetivação imediata e cumprimento da Portaria/GM n.o 799/00;
 18. Complementar e sistematizar as supervisões e auditorias na rede de serviços de saúde mental, respeitando o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
 19. Exigir a construção de Planos de Ação em saúde mental.

Em 2010 ocorreu a IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental com o tema “*Saúde Mental: um compromisso de todos*” reafirmando (Brasil, 2011)

de forma inequívoca e incondicional os princípios mais gerais da Reforma Psiquiátrica em curso no país, como a superação do modelo asilar, com a construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e seus familiares (p 12).

Por sua vez, a IV Conferência em 2010 contou com um painel denominado “Gestão de Informação, Avaliação, Monitoramento e Planejamento em Saúde Mental”, que é também um sub eixo temático desta Conferência, que reafirma peremptoriamente a necessidade de criação de sistemas de informação para sistematização, monitoramento e avaliação da rede de saúde mental.

1. Garantir a participação do controle social nos processos de auditoria, controle e avaliação;
2. Construir e incluir indicadores epidemiológicos de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS);
3. Assegurar infraestrutura para a geração de indicadores;
4. Realizar censo epidemiológico;
5. Constituir Câmara Técnica Intersetorial para construção coletiva de indicadores;
6. Criar indicadores e garantir sua inclusão nos sistemas de informação;
7. Criar o SIS/SAÚDE MENTAL;

8. Aperfeiçoar a ficha “A” do SIAB;
9. Criar indicadores de monitoramento;
10. Qualificar o mecanismo de registro das ações de saúde mental no território;
11. Criação de mecanismos para acompanhamento da utilização dos recursos financeiros;
12. Fortalecer as ações de controle e avaliação das instituições para tratamento em regime fechado;
13. Implementar processos avaliativos;
14. Ampliar o Programa de Avaliação dos CAPS para outros pontos da RAPS;
15. Criar indicadores para avaliação de qualidade e resolutividade dos CAPS;
16. Implementar novos mecanismos de sistematização, monitoramento e avaliação das informações da rede de saúde mental;
17. Definir e pactuar indicadores e metas claras de avaliação, produção e qualidade para a assistência à Saúde Mental;
18. Desenvolver banco de dados para avaliação de indicadores integrados a outras políticas;
19. Aplicar regularmente os critérios do PNASH.

Após a IV Conferência, realizaram-se em 2011 e 2015, respectivamente, a 14 e a 15 Conferências Nacionais de Saúde reafirmando a implementação de políticas pautadas na garantia dos direitos humanos e na superação de preconceitos. As diretrizes aprovadas pelas conferências em questão contêm proposições que tratam da consolidação e ampliação das políticas e estratégias de cuidado para saúde mental. Esta Conferência assume a pauta dos Direitos Humanos como um desafio ético e intersetorial.

4.2 Arcabouço legal

Outro pilar importante da Atenção Psicossocial no Brasil foi a legislação específica sobre o tema e dos atos normativos publicados nas três esferas de gestão (Luzio & Yasui, 2010).

Do ponto de vista das ações do legislativo, em 1989 o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89. A única legislação existente até então, era o Decreto 24.559, assinado pelo Presidente Getúlio Vargas em 1934. Após quase 10 anos de tramitação, aprovou-se a Lei Federal nº 10.216 de 04 de junho de 2001, que elegeu os tratamentos abertos como prioritários e orienta a destinação de recursos públicos para a Saúde Mental no país. A versão final desta lei não contempla a extinção progressiva dos leitos manicomialmente como previsto na versão original, mas, ainda assim, representa um importante avanço na legislação na medida em que determina a substituição gradativa do procedimento de internação hospitalar pelo desenvolvimento de ações extra hospitalares. O processo de regulamentação legal no âmbito federal foi fortalecido por ações estaduais importantes que

ocorreram desde a primeira publicação de uma Lei Estadual do Rio Grande do Sul em 1992 até a publicação da lei Paulo Delgado em 2001 (Tabela 10).

Tabela 10

Legislação sobre saúde mental entre 1990 e 2015

Ano	Título	Ementa
1992	Lei Estadual nº 9.716	Rio Grande do Sul
1993	Lei Estadual nº 12.151	Ceará
1994	Lei Estadual nº 11.064	Pernambuco
1995	Lei Estadual nº 11.802	Minas Gerais
1995	Lei Distrital 975	Distrito Federal
1995	Lei Estadual nº 11.189	Paraná
1995	Lei Estadual nº 6.758	Rio Grande do Norte
1996	Lei Estadual nº 5.267	Espírito Santo
1997	Lei Estadual nº 12.684	Minas Gerais
1998	Lei Federal nº 2.632	Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas
1999	Lei Federal nº 9.867	Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais
2000	Decreto nº 3.696	Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas
2001	Lei Federal nº 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais
2002	Decreto nº 42.910	Minas Gerais
2003	Decreto nº 28	Institui Grupo de Trabalho Interministerial
2003	Lei Federal nº 10.708	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial
2006	Decreto nº 5.912	Regulamenta a Lei 11343
2006	Lei Federal nº 11.343	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad
2007	Decreto nº 6.117	Aprova a Política Nacional sobre o Álcool
2007	Lei Estadual nº 3.177	Amazonas
2008	Decreto nº 6.488	Regulamenta o Código de Trânsito Brasileiro
2008	Lei Federal nº 11.705	Altera a Lei no 9.503
2010	Decreto nº 7.179	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
2010	Decreto nº 20	Convoca a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial
2011	Decreto nº 7.427	Dá nova redação aos artigos 10 E 12 DO DECRETO Nº 7.426
2011	Decreto nº 7.426	Dispõe sobre a transferência do CONAD para o Ministério da Justiça

Nota. Elaborado pela autora. Fonte de “Legislação em saúde mental 1990-2004” e “Legislação em saúde mental 2005 – 2014” do Ministério da Saúde, 2004, 2010

Na Figura 1 apresentamos os atos normativos do Ministério da Saúde relativos à implantação dos serviços substitutivos por período histórico. O período de institucionalização é aquele que concentra o maior número de publicações.

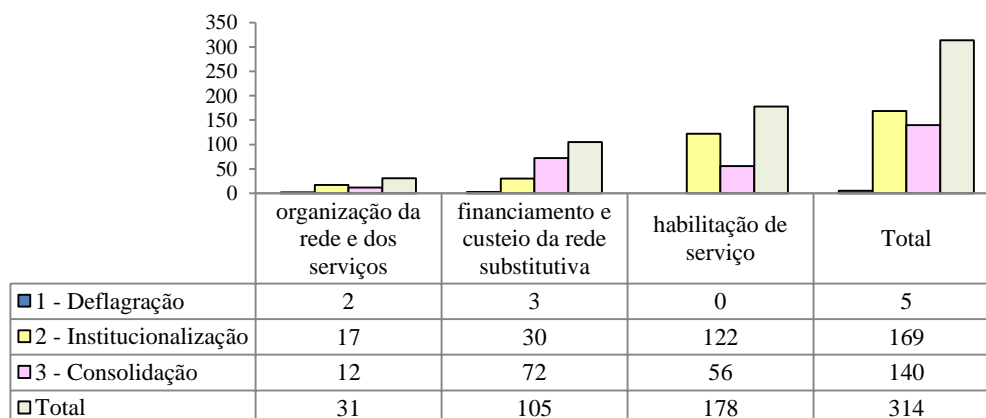


Figura 1. Atos normativos por período histórico entre 1990-2015.

Organização da rede e dos serviços substitutivos

As normas para o funcionamento dos serviços de atenção diária foram estabelecidas inicialmente pela Portaria GM nº 224/1992. Foram complementadas posteriormente pela Portaria GM nº 336/2002 e finalmente consolidadas com a publicação da Portaria GM nº 3.088 em 2011.

Tabela 11

Atos normativos destinados à organização dos serviços por componente entre 1990 e 2015

Período	Desinstitucionalização	Atenção Básica	Atenção Psicossocial	Atenção Hospitalar	Atenção Residencial de Caráter Transitório
Deflagração	GM nº 106/00				
Institucionalização	GM nº 175/01	SAS nº 396/05	GM nº 336/02	GM nº 1.612/05	
	GM nº 2.077/03	GM nº 154/08	GM nº 626/02	GM nº 1.027/05	
	SAS nº 748	GM nº 2.843/10	SAS nº 305/02	GM nº 2.842/10	
			GM nº 1.947/03		
			GM nº 1.059/05		
Consolidação	GM nº 2.840/14	GM nº 2.488/11	GM nº 130/12	GM nº 148/12	GM nº 121/12
		GM nº 122/12		GM nº 349	GM nº 131/12
		GM nº 123/12		GM nº 1.615/12	
				SAS nº 953/12	

Nota. Elaborado pela autora

Na Tabela 11 observamos que as primeiras portarias estão relacionadas ao processo de Desinstitucionalização, sendo seguidas do componente de Atenção Psicossocial.

Habilitação de serviços

No período analisado houve uma prevalência de atos normativos destinados à expansão dos dispositivos do componente da Atenção Psicossocial (Figura 2). Os demais componentes foram sendo habilitados a partir da implantação da RAPS no período de consolidação.

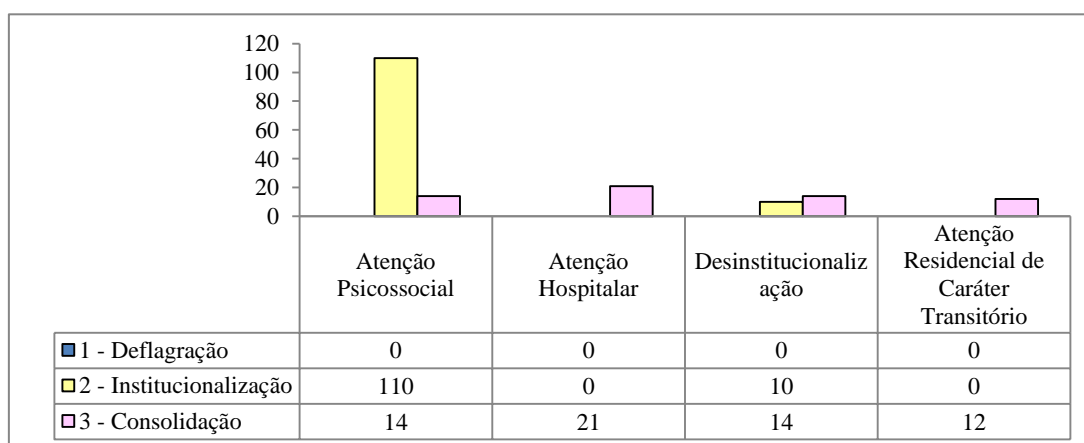


Figura 2. Habilitação dos serviços por componente

Não foi possível tabular os dados referentes ao cadastramento dos dispositivos da Atenção Básica e os dispositivos da Reabilitação Psicossocial ainda não foram regulamentados.

Segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde (2015) no documento “*Saúde Mental em Dados – 12*”, a RAPS brasileira está em franca expansão, especialmente nos pequenos municípios do interior do Norte e do Nordeste (Figura 3). O Ministério da Saúde considera apenas os dispositivos do Componente da Atenção Psicossocial

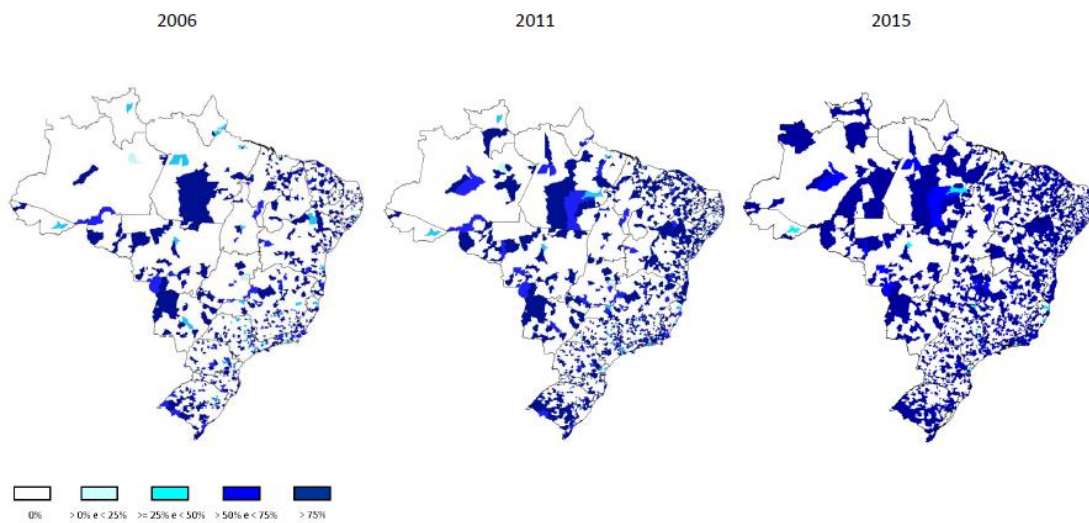


Figura 3. Expansão da RAPS no Brasil
Fonte: “Saúde Mental em Dados 12” do Ministério da Saúde, 2015, p.14

Financiamento e custeio da rede

Ainda no período de deflagração, a Portaria GM nº 1.220/00 inaugura a possibilidade de financiamento de modalidades de atenção extra-hospitalar com a criação dos procedimentos para funcionamento dos SRTs. Até então o SUS financiava exclusivamente as internações em hospital especializado e consultas ambulatoriais.

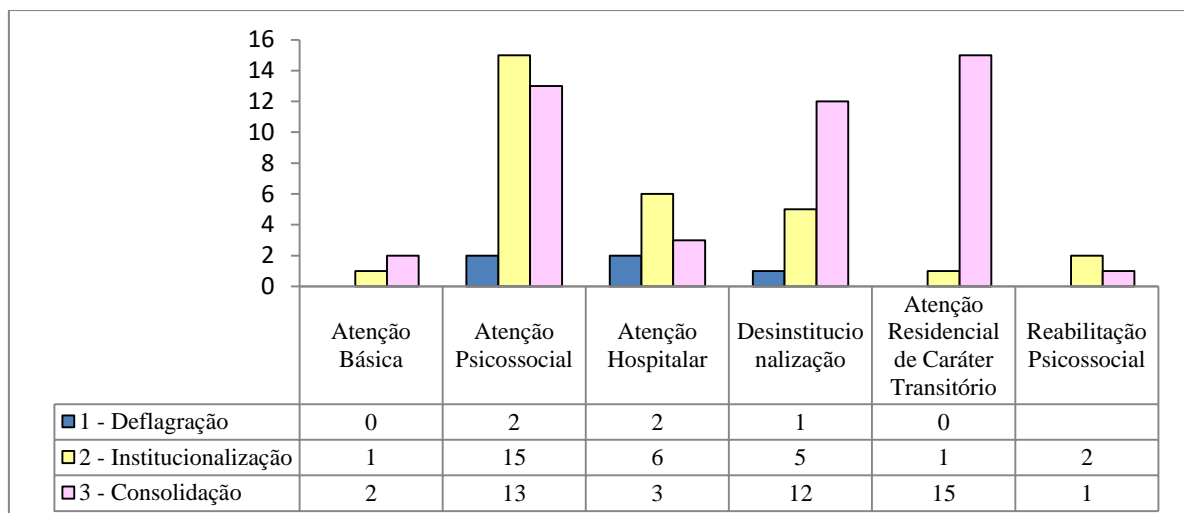


Figura 4. Atos normativos para financiamento e custeio da rede substitutiva entre 1990 e 2015

A seguir a Portaria SNAS nº 189/1999 possibilita o custeio dos serviços de atenção diária, tendo normatizado novos procedimentos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A partir de então o Ministério da Saúde passa a elaborar instrumentos para normatizar o funcionamento e financiar outros pontos da rede assistencial. Na Figura 4 constatamos que o componente da reabilitação teve menor investimento. Não encontramos portarias sobre o componente da urgência e emergência

É mister compreender como funciona o financiamento do SUS, para que se possa compreender o financiamento da Saúde Mental uma vez que a reestruturação da Atenção à Saúde Mental aconteceu dentro dos preceitos da Reforma Sanitária e dos princípios organizativos do SUS.

Após a publicação da Lei nº 8080/1990, o Ministério da Saúde editou diversas Portarias sobre o funcionamento, planejamento e financiamento, do sistema de saúde tais como a Portaria GM nº 399/2006 que divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas diretrizes; Portaria GM nº 699/2006 que regulamenta as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida e de Gestão e a Portaria GM nº 3.085/2006 que estabelece os instrumentos para o elenco básico de produtos no âmbito do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde nas três esferas de gestão (Viana, Faria, & Pacifico, 2006).

Para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), em junho de 2011 foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508. A regulamentação da referida lei dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O Capítulo III desta lei é dedicado ao planejamento e orçamento, sendo a lógica da formulação ascendente um dos seus pressupostos.

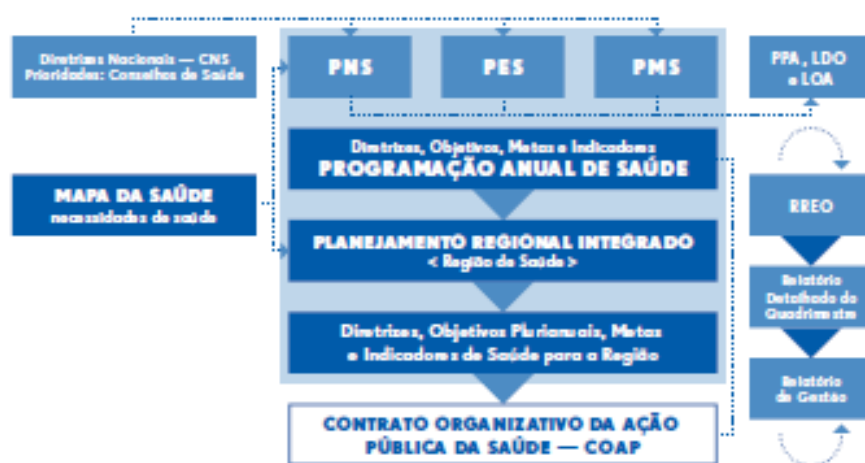


Figura 5. Fluxo demonstrativo dos instrumentos de gestão
Fonte: “Manual de Planejamento”, do Ministério da Saúde, 2016, p.94

Os instrumentos de planejamento do SUS são: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (Figura 5). O Plano de Saúde é um instrumento de gestão do SUS. É um documento que expressa as políticas e os compromissos de uma determinada esfera administrativa, sendo a base para a execução, o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde. Trata-se de uma proposta de intervenção para 4 anos nos três níveis de governo.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é, por definição, o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, a cada ano de sua vigência, tendo como um de seus objetivos a definição dos recursos orçamentários necessários à sua execução.

Tanto o Plano Nacional de Saúde quanto o Plano Pluri Anual para o período 2012-2015 contemplam o “Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas” dentre suas diretrizes estratégicas. Destaca-se aqui que o PPA (2016-2019), em vigência atualmente, contém, dentre as metas a serem alcançadas, a implantação do programa “Direito é Qualidade – Quality Rights”.

Com o aumento significativo de recursos para a consolidação da rede substitutiva, os gastos com ações e serviços extra-hospitalares ultrapassaram os gastos com internações. A Figura 6 indica que houve uma “inversão de gastos” e reorientação do financiamento do programa de Saúde Mental no Brasil, uma vez que o investimento extra-hospitalar cresceu cerca de duzentos e setenta por cento enquanto o hospitalar decresceu cerca de quarenta por cento.

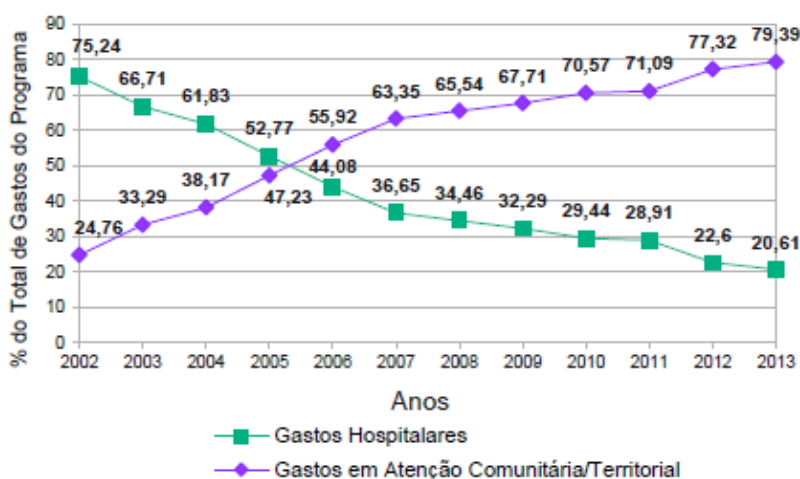


Figura 6. Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária (2002 – 2013)

Fonte: “Saúde Mental em Dados 12,” do Ministério da Saúde ,2015, p. 18

É importante destacar as mudanças verificadas no mecanismo de financiamento do SUS a partir de 2012 quando este passou a ser feito por intermédio de repasses dos Blocos de Financiamento via redes temáticas. Os novos mecanismos são condizentes com o registro das ações realizadas nos CAPS, o que proporciona maior transparência e viabiliza o monitoramento dos repasses financeiros das ações e serviços de saúde mental. Além disso, superam a lógica de produtividade atrelada ao funcionamento dos serviços.

Reestruturação da assistência psiquiátrica

A Portaria GM nº 3.088/2011 não reconhece o hospital psiquiátrico especializado como componente da RAPS de forma que devem ser priorizadas as ações de expansão e qualificação de todos os pontos de atenção para dar continuidade ao processo de substituição destes leitos (Ministério da Saúde, 2016b)

Um instrumento importante para a mudança da assistência psiquiátrica hospitalar foi o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS-PRH instituído em 2004, pela Portaria GM nº 52/2004, que buscou a redução progressiva do porte hospitalar, de modo a situarem-se os hospitais, ao longo do tempo, em classes de menor porte (até 160 leitos). Os hospitais de menor porte são tecnicamente mais adequados a um bom funcionamento clínico e integração eficaz com a rede extra-hospitalar, ao contrário dos macro-hospitais. Ao mesmo tempo, garante-se que as reduções de leitos se efetivem de forma planejada, de modo a não provocar desassistência nas regiões onde o hospital psiquiátrico ainda tem grande peso na assistência às pessoas com transtornos mentais (Barros & Salles, 2011).

Gestão da Política

Para além do planejamento das ações, o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 inaugura a definição de parâmetros para dar concretude aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação popular. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a organização do SUS foi a criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com sub-redes temáticas, figurando dentre elas a Atenção Psicossocial (Figura 7). A Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)



Figura 7. As Redes de Atenção à Saúde
 Fonte: “A rede de atenção psicossocial” – (Saúde, 2011)

Por sua vez, a RAPS é composta pelos componentes explicitados na Figura 8.



Figura 8. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial
 Fonte: “A rede de atenção psicossocial” – (Saúde, 2011)

A criação de Grupos Condutores das Redes Temáticas foi o mecanismo encontrado para a articulação interfederativa necessária e a pactuação adequada para promover para a reorganização da assistência no território. Desta forma, o planejamento, a pactuação e acompanhamento da implantação e qualificação da RAPS são de responsabilidade dos Grupos Condutores Estaduais da RAPS (GCE), que foram constituídos em quase todos os Estados brasileiros, à exceção do Distrito Federal e do Estado do Ceará (Ministério da Saúde, 2016)

Os GCE são responsáveis pela pactuação do Plano de Ação Regional da RAPS (PAR). Este documento contém a análise do contexto local, as propostas de ação e de implantação de serviços para a consolidação da RAPS. Atualmente os PAS estão sendo pactuados progressivamente. Apenas 10 Estados tem PAR pactuados, sendo que a Região Sudeste é a única que todos os Estados tem PAR já pactuados (Ministério da Saúde, 2016)

Uma outra conquista para o avanço da implementação da Política Nacional de Saúde Mental foi a criação do Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental (CCSM) por intermédio da Portaria GM nº 3.896/2010. O CCSM tem a finalidade de assessorar o Ministério da Saúde na condução da Política Nacional de Saúde Mental; propor mecanismos de avaliação e monitoramento dessa Política; elaborar relatórios técnicos sobre situações complexas que necessitam de intervenção da gestão; analisar e propor as atualizações necessárias para as normas técnicas e as diretrizes do Ministério da Saúde sobre saúde mental e atenção integral em álcool e outras drogas; e contribuir para ampliar a interlocução da gestão da política de saúde com as organizações da sociedade civil, das entidades científicas e profissionais, e das políticas intersetoriais.

Neste período aconteceram 15 reuniões do CCSM e foram realizados diversos Colegiados Regionais com o apoio da Coordenação Nacional de Saúde Mental com temáticas diferentes estimulando discussões em grupos de trabalho e a troca de informações entre gestores de todas as regiões do país.

Avaliação das políticas e serviços de saúde mental

Na tabela apresentamos os temas transversais que permeiam toda a RAPS. Destacamos o tema da assistência farmacêutica que teve sua política organizada ainda no período de deflagração. Os temas específicos foram definidos de acordo com as diretrizes elencadas pelas Conferências, e teve eu ápice no período de institucionalização.

Tabela 12

Atos normativos por temas transversais

Tema	Deflagração	Institucionalização	Consolidação
assistência farmacêutica	35	9	0
álcool e drogas	0	9	0
avaliação	4	3	0
Direitos Humanos	0	2	0
economia solidária	0	1	0
infanto-juvenil	0	2	0
qualificação	3	11	2
saúde mental indígena	0	2	0
suicídio	0	1	0
outros	7	9	1

Nota. Elaborado pela autora

Os demais temas incluem o chamado “Plano Crack” para pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a saúde mental infanto-juvenil, a saúde mental indígena e a qualificação da rede. Detalharemos neste estudo apenas aqueles relativos ao tema da avaliação das políticas e serviços de saúde mental.

O Ministério da Saúde tem empreendido esforços para institucionalizar a avaliação da política de saúde e de serviços, avançando na estruturação de sistemas de informação e de indicadores que possam servir à avaliação dos progressos assistenciais da RAPS. Os atos normativos que versam especificamente sobre avaliação estão listados na Tabela 13. Descreveremos os resultados em duas subseções: a avaliação da assistência psiquiátrica (PNASH) e a avaliação da rede substitutiva (RAPS).

Tabela 13

Ementa das Portarias Específicas entre 1990 e 2015

	Nome	Ementa
PNASH	SAS nº 063/93	Cria o Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
	SAS nº 145/94	Cria um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor.
	SAS nº 146/94 GM nº 1.467/02	Nomeia técnico para compor Grupo de Avaliação de Hospitais Psiquiátricos Constitui no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, Comissão de Análise e Acompanhamento do Processo de Classificação Hospitalar em Psiquiatria, destinada a avaliar permanentemente o processo de supervisão e reclassificação hospitalar, apreciar recursos quanto às classificações realizadas, propor aperfeiçoamentos no sistema de avaliação, acompanhar a etapa de reestruturação dos hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos.
RAPS	GM nº 799/00	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.
	SAS nº 382/01	Constitui Grupo de Trabalho com a finalidade de analisar as normas existentes para a assistência extra-hospitalar em saúde mental, propondo as mudanças normativas necessárias, com a finalidade de ampliação e qualificação dos serviços comunitários.
	GM nº 2.078/03	Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De Volta Para Casa”.
	GM nº 678/06	Institui a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental do SUS.

Nota. Elaborado pela autora

O Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP) foi criado com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS nas três esferas do governo.

Por sua vez, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), é um instrumento de diagnóstico da rede de hospitais psiquiátricos, subsídios para supervisão hospitalar e de indução de processos de que

permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita (Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2011. p.29)

O PNASH se apresenta como dispositivo para mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos existentes, uma vez que seus indicadores determinam o credenciamento dos hospitais especializados ainda existentes.

A primeira oficial para avaliação dos serviços substitutivos no âmbito do SUS foi o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental (PPOAS-SM) que foi instituído em 2000 tendo como atribuições avaliar a assistência à Saúde Mental no País, dentro do contexto de sistema global de atenção, promoção e recuperação da Saúde Mental; supervisionar e avaliar, in loco, os hospitais psiquiátricos que compõem a rede assistencial do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a adoção de medidas que reforcem a continuidade do processo de reversão do modelo de atenção à Saúde Mental instituído no País; analisar, avaliar e propor alternativas assistenciais na área de Saúde Mental; e, elaborar e propor protocolos de regulação e de mecanismos de implementação de módulo de regulação da assistência à Saúde Mental que venha a compor as Centrais de Regulação, com o objetivo de regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população (Ministério da Saúde, 2004)

A publicação da Portaria SAS nº 063/1993, estabelece que União, Estados e municípios devem estruturar um “Grupo Técnico de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental” para coordenar a implementação do PPOAS-SM; coordenar e articular as ações que serão desenvolvidas pelos Grupos Técnicos designados, com a mesma finalidade, pelos estados, Distrito Federal e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal; promover a capacitação dos profissionais que desenvolverão as atividades inerentes ao Programa instituído, especialmente daqueles integrantes dos Grupos Técnicos estaduais e municipais; e. emitir relatórios técnicos contendo as análises, avaliações e acompanhamentos realizados e propondo medidas corretivas e de aperfeiçoamento do sistema de Atenção à Saúde Mental.

Em seu estudo, Simon (2010) faz um balanço do papel dos Estados nas normativas federais de Saúde Mental, a partir das macro-funções gestoras descritas por Lima et al. (2009): 1) Formulação de políticas e planejamento; 2) Coordenação Federativa; 3) Coordenação da atenção à saúde; 4) Financiamento; 5) Acompanhamento e monitoramento e 6) Prestação de ação e serviços de saúde. No que tange aos resultados encontrados pela autora, apenas 54% dos 24 Estados Pesquisados afirmaram que adotam este mecanismo para Acompanhamento e monitoramento das ações de Saúde Mental. Não encontramos trabalhos sobre a utilização deste mecanismo nos municípios.

Com relação à avaliação e o monitoramento do Programa de Desinstitucionalização estes deverão ser efetuados por intermédio da constituição de Comissão de Acompanhamento da execução das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS", com cooperação técnica federal, estadual e municipal, responsabilizando o Grupo Condutor Regional da RAPS pelo processo de avaliação e monitoramento das "Ações de Desinstitucionalização e de Fortalecimento da RAPS"

A Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços da rede pública de saúde mental foi implementada pela Portaria GM nº 678/2006. A portaria estabelece uma parceria entre o Ministério da Saúde e instituições de ensino, pesquisa e extensão, com o objetivo de formular e executar projetos de pesquisa e produção de conhecimento para avaliação e aperfeiçoamento da rede pública de Saúde Mental, focalizando desde a acessibilidade, a organização dos serviços, a gestão, a qualidade da atenção, a efetividade, a formação dos profissionais e a produção de qualidade de vida e cidadania dos usuários envolvidos. Destaca-se aqui que o Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília é uma das instituições mencionadas na referida portaria.

O Programa Nacional de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial - AVALIAR CAPS é uma iniciativa da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. O projeto Avaliar CAPS tem como objetivos o levantamento de informação sobre estes serviços, possibilitando a caracterização dos CAPS, o acompanhamento, a estimativa de qualidade da assistência prestada e a proposição de indicadores

O Avaliar CAPS se constitui em um instrumento de gestão, de indução da produção de informação nos serviços e uma oportunidade para uma atitude reflexiva diante das práticas cotidianas nos serviços de saúde mental. (Grigolo et al., 2010).

4.3 Mapeamento da Pesquisa Avaliativa nas Regiões Centro-Oeste e Norte

Nos projetos pesquisados, os componentes da Atenção Psicossocial e da Rede de Atenção Psicossocial foram os componentes mais estudados, havendo carência de estudos sobre os componentes da Atenção Hospitalar, Reabilitação Psicossocial e Urgência/Emergência (Figura 9).

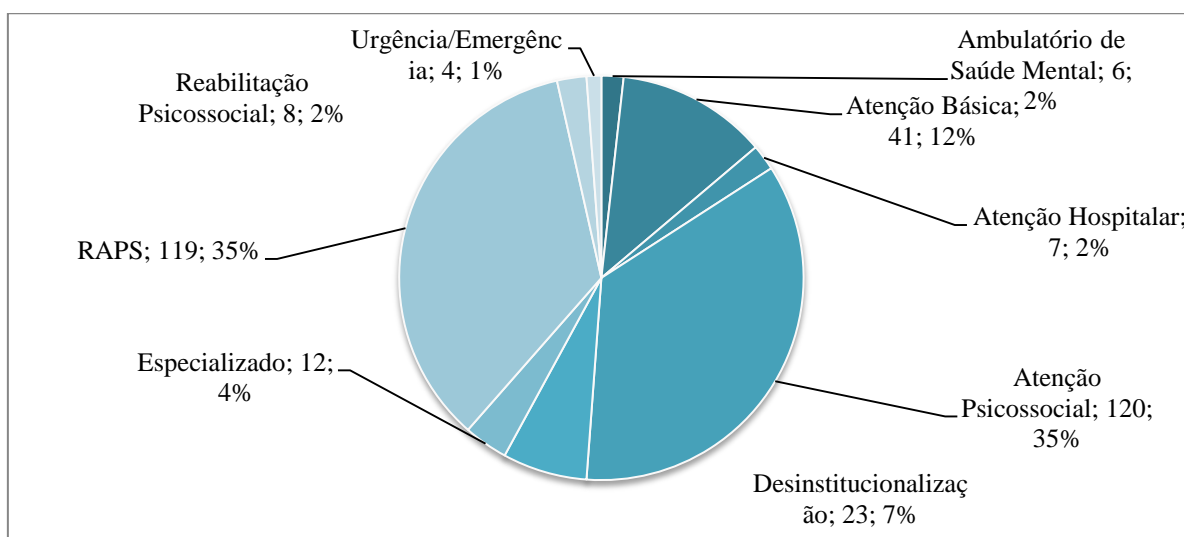


Figura 9. Número de pesquisas por componente

Na Figura 10 apresentamos os resultados com relação à perspectiva avaliativa. Os indicadores de processo foram os mais estudados, com um total de 40% da amostra pesquisada.

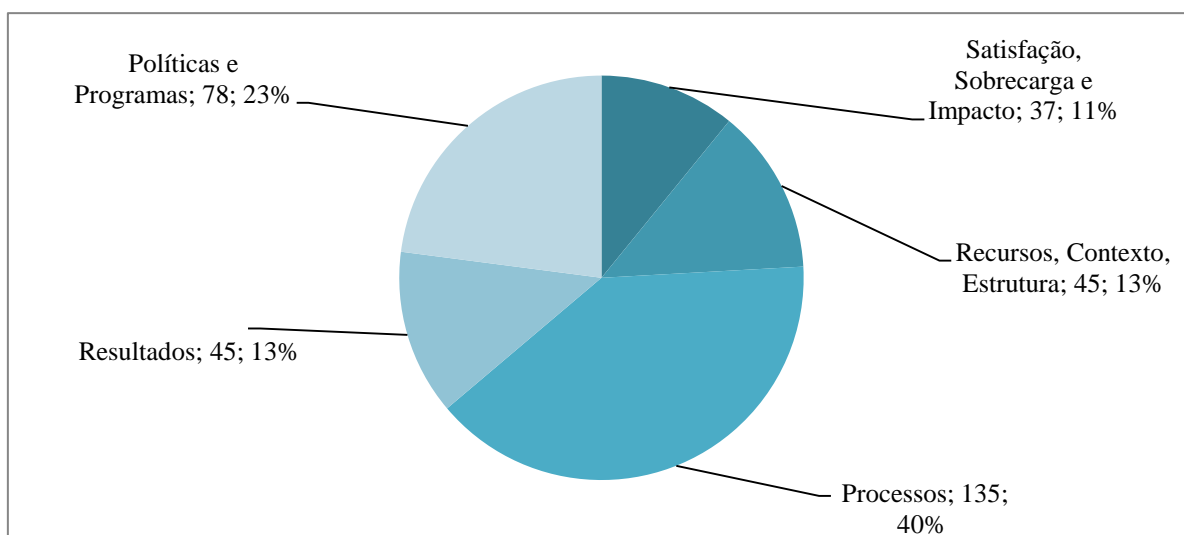


Figura 10. Número de pesquisas por perspectiva avaliativa

Indicadores de Satisfação, Sobrecarga e Impacto

Na década de 90, a Organização Mundial de Saúde fomentou estudos para avaliação da Reestruturação da Assistência Psiquiátrica conforme pactuado na Conferência de Caracas de forma que o processo avaliativo dos serviços substitutivos foi concomitante à implantação dos serviços substitutivos no Brasil. Os estudos para o desenvolvimento de indicadores de satisfação foram os primeiros encontrados.

O estudo multicêntrico denominado WHO-Satis foi executado pela OMS em 20 países, incluindo o Brasil. Os questionários originais foram elaborados pela Divisão de Saúde Mental da OMS e adaptados para a cultura brasileira pelo Laboratório de Investigações em Saúde Mental da Universidade de São Paulo (LAISM-USP), com o pioneirismo da pesquisadora Ana Maria Fernandes Pitta, que procedeu igualmente à coleta de dados para validação da maioria dos questionários relacionados a este estudo. O projeto WHO-Satis foi realizado com o objetivo de validar instrumentos para avaliar a satisfação e sobrecarga de usuários, familiares e trabalhadores.

Na entrada do novo milênio, os estudos para validação dos instrumentos SATIS-BR, IMPACTO-BR foram expandidos por intermédio de uma parceria entre o LAISM-USP e o Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Reinserção Social da Universidade Federal del Rey liderado por outra protagonista do sexo feminino, a pesquisadora Marina Bandeira Maria Tavares.

Aqui se destaca o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Reinserção Social da Universidade Federal de São João del Rey. Este grupo se dedicou ao desenvolvimento dos instrumentos SATIS-BR e IMPACTO-BR largamente utilizados até a presente data.

Indicadores de Recursos, Contexto, Estrutura

Encontramos 4 estudos relacionados aos indicadores de custos. Dois deles destinados à assistência farmacêutica e um aos processos de desinstitucionalização. Os indicadores de contexto e estrutura foram as perspectivas avaliativas de 36 dos estudos encontrados. Nesta categoria de análise encontramos estudos de mapeamento da rede de serviços, cartografias e diagnósticos situacionais.

Indicadores de processos

Os indicadores de processo tiveram a ocorrência de 77 estudos. Nesta categoria analítica foram estudados os processos de trabalho dos dispositivos de cuidado de todos os componentes da RAPS.

Indicadores de resultados

Foram agrupados 34 projetos de pesquisa na categoria de indicadores de resultados tendo em vista que o objetivo destes foi levantar o perfil epidemiológico, sócio econômico e analisar a demanda dos serviços.

Indicadores de políticas e programas

O grupo de pesquisa da Universidade de São Paulo (USP) é o pioneiro, visto que ainda na virada do milênio, antes mesmo da implantação do primeiro CAPS, realizou uma pesquisa para avaliar a efetividade dos Ambulatórios de Saúde Mental do município de São Paulo. O mesmo grupo de pesquisa desenvolveu o projeto “Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental” que foi realizado por intermédio de um protocolo de investigação numa parceria entre OMS, CNPQ, UFRJ e UNICAMP. Este estudo multicêntrico foi realizado nos municípios brasileiros onde se estruturaram os primeiros serviços substitutivos, sendo três do Estado de São Paulo (Santos, Campinas e São Paulo) e um no Rio de Janeiro (Niterói)

A Tabela 15 detalhamos o número de projetos por componente e perspectiva avaliativa. Carecem estudos sobre os componentes da atenção hospitalar e de urgência e emergência

Tabela 14

Projetos por componente e perspectiva avaliativa

Componente	Indicadores de Satisfação, Sobrecarga e Impacto	Indicadores de Recursos, Contexto, Estrutura	Indicadores de Processos	Indicadores de Resultados	Indicadores de Políticas e Programas	Total
Ambulatório	1	-	1	3	1	6
Atenção Básica	2	4	29	1	5	41
Atenção Hospitalar	1	1	2	1	2	7
Atenção Psicossocial	13	9	55	11	32	120
Desinstitucionalização	5	2	4	7	5	23
Especializado	3	-	2	6	2	12
RAPS	11	25	37	14	30	119
Reabilitação Psicossocial	-	3	4	-	1	8
Urgência/Emergência	-	1	1	2	-	4
Total	37	45	135	45	78	340

Nota. Elaborado pela autora

Temas transversais

O tema dos transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a política de saúde mental infanto-juvenil e a Assistência Farmacêutica foram os temas que tiveram maior número de estudos.

Os projetos de pesquisa no território pesquisado

O tema da avaliação e monitoramento tem sido uma inquietação para os pesquisadores desde os primórdios da RPB. Na Tabela 15 podemos observar que na década de aprovação da Lei 10.216/2001 houve um aumento significativo do número de pesquisadores interessados no tema da avaliação dos serviços substitutivos com a implantação de 50 grupos de pesquisa distribuídos por todo o país, que desenvolvem 63 linhas de pesquisa com objetivos de desenvolver estudos avaliativos no campo da Saúde Mental.

As Regiões Centro-Oeste e Norte têm o menor número de grupos implantados (Tabela 15), com a ocorrência de grupos de pesquisa estruturados apenas no Amazonas e no Mato Grosso. Os Estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo concentram o maior número de grupos de pesquisa estruturados.

Tabela 15

Implantação de grupos de pesquisa por Região (1990 – 2015)

Região	1990	2000	2010	Total
Norte		2		2
Centro Oeste		1		1
Nordeste	3	7	3	13
Sudeste	9	15	3	27
Sul		4	2	6
Total	13	28	8	49

Nota. Elaborado pela autora.

Quanto à distribuição dos projetos de pesquisa por Unidade da Federação, o Centro Oeste e o Norte foram as Regiões que apresentaram menor pontuação (Figura 11) **Erro! Fonte de referência não encontrada.** Figura 11- Distribuição dos projetos de pesquisa por Região

A Tabela 16 descreve os 23 projetos que se situam no território pesquisado. Há apenas um grupo de pesquisa ligado à Universidade Federal do Mato Grosso (UFMS) com tradição de estudos avaliativos.

A Universidade Federal do Amazonas (UFAM) aparece com a execução de três projetos de pesquisa. A produção nas demais Regiões é tímida, com experiências isoladas.

Tabela 16

Projetos de pesquisa da Região Centro Oeste e Norte

Instituição	UF	Nome do projeto	Componente
UFAM	AM	O trabalho gerencial e assistencial de enfermagem em saúde mental em centro de atenção psicossocial, Manaus, Brasil,	Atenção Psicossocial
		Assistência à saúde mental no Amazonas: análise de demanda e produção	RAPS
		Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas	Atenção Psicossocial
		Saúde Mental no Amazonas: análise dos serviços dos centros de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial
UFMT	MT	Avaliação da qualidade de vida e presença de sintomas depressivos em usuários de drogas ilícitas nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Mato Grosso	Atenção Psicossocial
		A assistência à saúde mental em unidades de Saúde da Família no município de Cuiabá	Atenção Básica
		Assistência à Saúde Mental em Hospital Geral Universitário	Atenção Hospitalar
		A abordagem grupal como tecnologia de trabalho dos enfermeiros em saúde mental	Atenção Psicossocial
		Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial (caps) do estado de Mato Grosso	RAPS
		O processo de trabalho do enfermeiro nos CAPS: um estudo em Mato Grosso	Atenção Psicossocial
		O processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso	Atenção Psicossocial
		Suporte familiar e problemas de saúde mental na população atendida no Programa de Saúde da Família de Cuiabá-MT	Atenção Básica
		Caracterização da população atendida na Central de Vagas de Psiquiatria do Município de Cuiabá	Urgência/Emergência
		Perfil epidemiológico dos usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas do Município de Cuiabá-MT	Atenção Psicossocial
		A participação social na determinação do modelo assistencial de saúde mental em Cuiabá	RAPS
Outros	PA	Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de um hospital público do Pará	Atenção Hospitalar
	AC	Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre	Atenção Psicossocial
		Estudos avaliativos sobre a demanda e adequação da oferta de cuidado em saúde mental no SUS	Desinstitucionalização
	PA	Acompanhamento Farmacoterapêutico aos Pacientes Atendidos no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II/STM	Atenção Psicossocial
		Práticas de cuidado num CAPS do Pará	Atenção Psicossocial
	MS	Perfil sócio demográfico dos usuários da Santa Casa de Campo Grande – MS	Atenção Hospitalar
GO	Inserção social e moradia: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave	Desinstitucionalização	

Nota. Elaborado pela autora.

5 Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte - a “avaliação da avaliação”



Neste capítulo apresentamos os resultados dos indicadores elencados para meta-avaliação: o perfil populacional, a taxa de cobertura assistencial, a redução de leitos em hospitais especializados, a expansão dos LAI, e os temas do “Quality Rights”

5.1 Direito é qualidade

Para que se tenha uma melhor compreensão global dos territórios pesquisados, iniciaremos pelo detalhamento de cada um dos temas propostos pelo “Quality Rights” para em seguida apresentar os resultados do “Avaliar CAPS Centro-Oeste/Norte” por cada região distinta.

Tema 1 – O direito a um padrão de vida adequado

Na Figura 12 apresentamos os padrões relativos ao Tema 1 por tipo de dispositivo pesquisado, que é relativo ao Artigo 28 da CDPD. O Padrão 1.1. avaliou as condições físicas do prédio onde funciona o serviço. Os CAPS II e ad tiveram a meta alcançada inicialmente, enquanto que os demais dispositivos tiveram alcance parcial, sem grande variação nos percentis. Nos Padrões 1.2 e 1.3 foram avaliadas, respectivamente, as condições de repouso, pernoite e a privacidade no serviço e os requisitos sanitários e de higiene. Observamos que

apenas os dispositivos que funcionam ininterruptamente apresentaram alcance parcial do score das metas nos dois padrões.

Tema 1	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Padrão 1.1.	52%	AP	49%	AI	52%	AP	46%	AI	52%	AP	51%	AP	50%	AP
Padrão 1.2.	42%	AI	38%	AI	62%	AP	44%	AI	69%	AP	31%	AI	43%	AI
Padrão 1.3.	47%	AI	39%	AI	60%	AP	33%	AI	64%	AP	35%	AI	44%	AI
Padrão 1.4.	76%	AT	90%	AT	100%	AT	92%	AT	85%	AT	85%	AT	83%	AT
Padrão 1.6.	50%	AI	50%	AP	50%	AP	49%	AI	53%	AP	50%	AP	50%	AP
Padrão 1.7.	46%	AI	49%	AI	25%	AI	61%	AP	63%	AP	53%	AP	50%	AP
Total	52%	AP	53%	AP	58%	AP	54%	AP	64%	AP	51%	AP	53%	AP

Figura 12. Resultados do Tema 1 por tipo de CAPS

Já o Padrão 1.4. avaliou se a alimentação, água potável e vestuário correspondem às necessidades e preferência dos usuários. Neste quesito, todos os tipos de CAPS atingiram totalmente as metas das variáveis analisadas (Figura 12).

As variáveis relativas à ambiência, conforto e que promova a participação e a interação entre seus diferentes atores foram avaliadas no Padrão 1.6. Neste padrão não observamos grande variação no desempenho dos diferentes dispositivos, todos com scores por volta dos 50%.

O Padrão 1.7. reuniu critérios que avaliaram se os usuários do serviço usufruem plenamente de vida social e estão envolvidos na vida e nas atividades comunitárias. Os dispositivos que tiveram melhor desempenho são aqueles relacionados à pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas enquanto que os CAPS do tipo III tiveram um desempenho de 25%, na linha do insuficiente.

Tomando como referência os resultados gerais por tipo de dispositivo no Tema 1, notamos que os CAPS para transtornos infanto-juvenis foram aqueles que tiveram o menor desempenho, seguidos dos CAPS do tipo I e II com um ponto de diferença entre cada um. Os CAPS de funcionamento ininterrupto tiveram os melhores scores.

O Tema 1 obteve 53% de score total, sendo que as variáveis deste tema que tem relação direta com a gestão dos serviços, como condições estrutura física, conforto, obtiveram scores abaixo dos 50%, o que nos leva a refletir acerca do investimento financeiro que já discutimos anteriormente que é fundamental para a consolidação da RPB.

Tema 2 – O direito a usufruir do padrão mais elevado possível de saúde física e mental.

O Padrão 2.1. avaliou se os serviços estão disponíveis a todos os que requerem tratamento e apoio. Constatamos que todos os dispositivos alcançaram parcialmente as metas

avaliadas agrupadas neste item. Os CAPS destinados a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são aqueles que tiveram melhor desempenho.

Com relação à número e qualificação dos profissionais que atuam na rede os scores do Padrão 2.2. ficaram abaixo dos 50 % em todos os dispositivos (Figura 13). Com base nisso, podemos afirmar que o número de profissionais na rede é insuficiente e que apesar dos esforços do governo federal na qualificação da RAPS, estes mecanismos não tem chegado no interior do país. Certamente estes dois critérios produzem impacto na qualidade dos serviços oferecidos.

Tema 2	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Padrão 2.1.	52%	AP	56%	AP	55%	AP	57%	AP	60%	AP	56%	AP	54%	AP
Padrão 2.2.	41%	AI	45%	AI	37%	AI	47%	AI	49%	AI	49%	AI	44%	AI
Padrão 2.3.	49%	AI	56%	AP	60%	AP	55%	AP	57%	AP	60%	AP	53%	AP
Padrão 2.4.	48%	AI	43%	AI	33%	AI	45%	AI	54%	AP	46%	AI	46%	AI
Padrão 2.5.	51%	AP	53%	AP	50%	AP	62%	AP	58%	AP	49%	AI	53%	AP
Padrão 2.6.	47%	AI	50%	AP	50%	AP	47%	AI	50%	AP	50%	AP	48%	AI
Padrão 2.7.	69%	AP	82%	AT	100%	AT	90%	AT	100%	AT	76%	AT	77%	AT
Total	51%	AP	55%	AP	55%	AP	57%	AP	61%	AP	55%	AP	54%	AP

Figura 13. Resultados do Tema 2 por tipo de CAPS

No padrão 2.4. estão reunidas as variáveis relativas à assistência farmacêutica quanto à disponibilidade, acessibilidade e formas de uso de medicamentos psicotrópicos. Este padrão também teve scores abaixo de 50% em todos os dispositivos, exceto os CAPS ad de funcionamento 24 horas, indicando também neste quesito os esforços da gestão não tem sido suficientes para suprir as necessidades dos serviços.

Quando ao acesso dos usuários dos serviços de saúde mental à saúde geral e reprodutiva, todos os dispositivos obtiveram scores acima de 50%, com exceção dos CAPS ij. O investimento na política integral de álcool e drogas mais uma vez se reflete neste quesito, visto que os dispositivos apresentam os maiores scores.

No Padrão 2.6. avaliou-se a rede intersetorial de atenção psicossocial questionando os respondentes acerca a rede disponível. Contamos que todos os dispositivos tiveram rendimento por volta dos 50%. Aqui reside outro questionamento, visto que nas informações obtidas no CNES, a taxa de cobertura não coincide com estes scores, de forma que as informações constam no sistema mas na prática os demais serviços da rede não estão funcionando de fato. É o caso, por exemplo dos Leitos de Atenção Integral como constatamos na seção anterior.

Foram avaliados também, no Padrão 2.7. os aspectos da estrutura de funcionamento dos CAPS contemplados na Portaria GM nº 336/2002.

Tema 3 – O direito de exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa

No Tema 3, referente aos artigos 12 e 14 do CDPD, puderam ser tabulados apenas as variáveis relacionadas ao Padrão 3.3. que avaliam se os usuários do serviço recebem o apoio necessário para que possam exercer sua capacidade legal.

Tema 3	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Padrão 3.3.	48%	AI	50%	AP	50%	AP	48%	AI	50%	AP	50%	AP	49%	AI
Total	48%	AI	50%	AP	50%	AP	48%	AI	50%	AP	50%	AP	49%	AI

Figura 14. Resultados do Tema 3 por tipo de dispositivo

Como observamos na Figura 14 que todos os tipos de dispositivo tiveram scores por volta de 50% indicando que será necessário um trabalho mais intenso neste tema para que os usuários possam desfrutar plenamente de seu exercício de cidadania.

Tema 4 – Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso.

No Padrão 4.2. foram reunidas as variáveis sobre os métodos alternativos que são utilizados em vez de isolamento e contenção física (Figura 15). Os Caps que atendem demanda infanto-juvenil tiveram o melhor desempenho. Não foi possível analisar os demais padrões visto que o instrumento não contém todas as variáveis do kit de ferramentas..

Tema 4	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Padrão 4.2.	48%	AI	51%	AP	56%	AP	49%	AI	57%	AP	59%	AP	50%	AP

Figura 15. Resultados do Tema 4 por tipo de dispositivo

Tema 5 – O direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade

As variáveis relativas aos Padrões 5.2., 5.3. e 5.4. não puderam ser tabuladas. Para as variáveis que avalia se os usuários do serviço são apoiados a participar de atividades sociais, culturais religiosas e de lazer agrupadas no Padrão 5.1., todos os tipos de dispositivos apresentam scores que alcançam totalmente as metas, conforme se vê na Figura 16.

Tema 5	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Padrão 5.1.	89%	AT	100%	AT	100%	AT	92%	AT	100%	AT	85%	AT	93%	AT
Total	89%	AT	100%	AT	100%	AT	92%	AT	100%	AT	85%	AT	93%	AT

Figura 16. Resultados do Tema 5 por tipo de dispositivo

Podemos afirmar com base nestes resultados que apesar das dificuldades encontradas e dos desafios que ainda se apresentam, os serviços avaliados tem sido capazes de oferecer um serviço que estimula o convívio social de seus usuários.

Na Figura 17 apresentamos um resumo dos resultados por tipo de dispositivo. Observamos que os CAPS com menor complexidade tiveram o desempenho mais baixo.

	CAPS I		CAPS II		CAPS III		CAPS ad		CAPS ad III		CAPS ij		Score	
Tema 1	52%	AP	53%	AP	58%	AP	54%	AP	64%	AP	51%	AP	53%	AP
Tema 2	51%	AP	55%	AP	55%	AP	57%	AP	61%	AP	55%	AP	54%	AP
Tema 3	48%	AI	50%	AP	50%	AP	48%	AI	50%	AP	50%	AP	49%	AI
Tema 4	47%	AI	51%	AP	28%	AI	52%	AP	52%	AP	52%	AP	49%	AI
Tema 5	89%	AT	100%	AT	100%	AT	92%	AT	100%	AT	85%	AT	93%	AT
Total	53%	AP	56%	AP	55%	AP	57%	AP	63%	AP	55%	AP	55%	AP

Figura 17. Resultados por tema e tipo de dispositivo

5.2 A aridez manicomial da Região Centro Oeste

A Região Centro-Oeste é composta pelos estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e do Distrito Federal. Com uma área de 1 606 403,506 km², é a segunda maior região do Brasil em superfície territorial, entretanto possui a segunda menor densidade populacional com concentrações nos grandes centros urbanos e grandes vazios demográficos.

a) Perfil populacional

A Figura 18 apresenta o perfil populacional da Região Centro-Oeste, demonstrando que esta possui uma predominância (66%) de municípios com população abaixo de 15.000 habitantes. Apenas 3% dos municípios tem perfil populacional para implantação de serviços de maior complexidade.

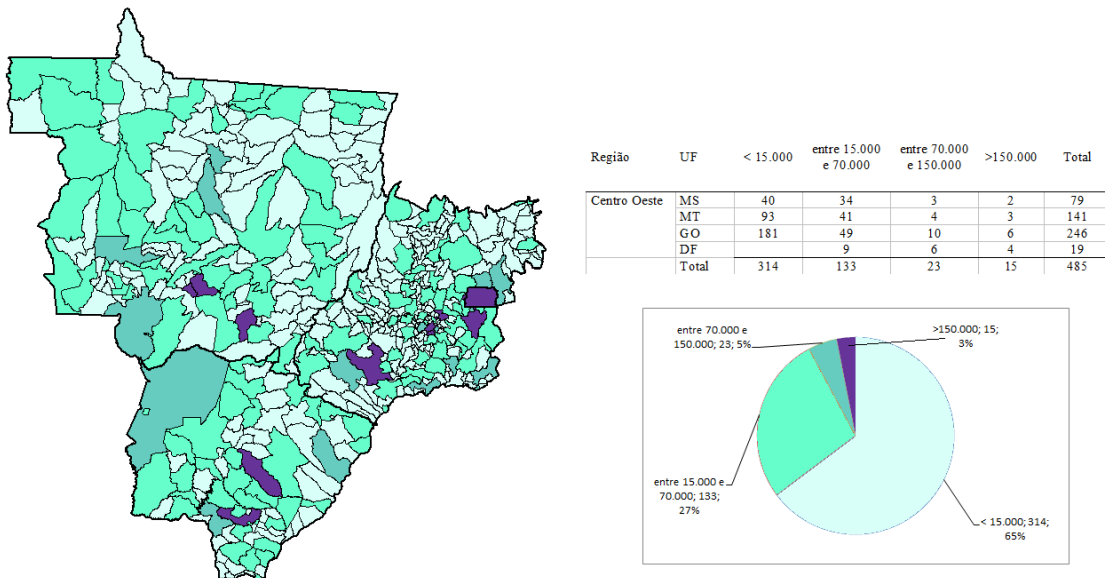


Figura 18. Caracterização dos municípios da Região Centro Oeste de acordo com critério populacional

b) Taxa de cobertura assistencial

Com base nos dados da Figura 19 podemos considerar que a Região Centro-Oeste tem uma boa taxa de cobertura. Entretanto, destaca-se o caso do Distrito Federal que a cobertura do componente de Atenção Hospitalar é 111%, enquanto que a atenção básica tem cobertura insuficiente (19%).

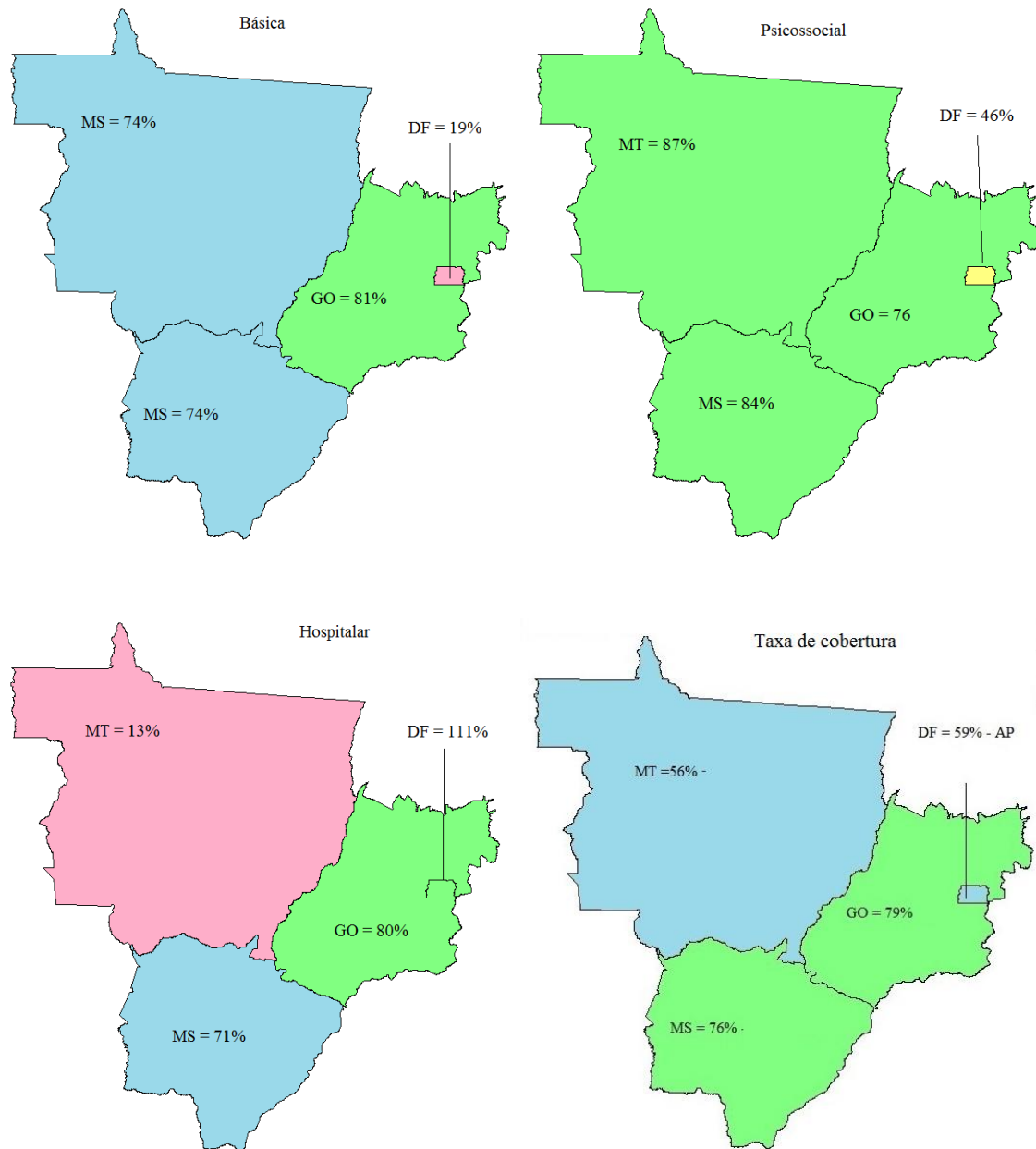


Figura 19. Taxa de cobertura por Unidade da Federação

c) Redução de leitos em hospitais especializados

Apesar de não terem sido contabilizados, os leitos de hospital dia encontrados em Goiás, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal tiveram sua importância no processo de

transição entre o modelo tradicional e o modelo psicossocial, quando eram a única possibilidade de alternativa ao manicômio.

A Tabela 17 apresenta os dados sobre a oferta de leitos SUS detalhados por UF, com as taxas de cobertura e da redução de leitos especializados entre 2008 e 2014.

Tabela 17

Redução de leitos em hospitais especializados

Região	UF	Leitos	Cobertura	Redução
Brasil	BR	25.829	3,7	-34%
	DF	83	1,1	-34%
	GO	1.008	4,2	-12%
Centro Oeste	MS	200	2,4	0%
	MT	202	1,6	0%
Total		1.493	2,8	15%

Nota. Elaborado pela autora.

Observamos que em todos os Estados da Região Centro-Oeste existe alta concentração de leitos especializados. Além disso a redução de leitos nesta região ficou aquém da média nacional, sendo que não houve redução de leitos nos Estados de Mato Grosso e no Mato Grosso do Sul.

d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral

Na Figura 20 visualizamos o mapa de distribuição dos LAI existentes. Evidencia-se um vazio assistencial importante na Região Centro-Oeste pois a grande maioria dos municípios analisados não tem cobertura, ou a cobertura é insuficiente

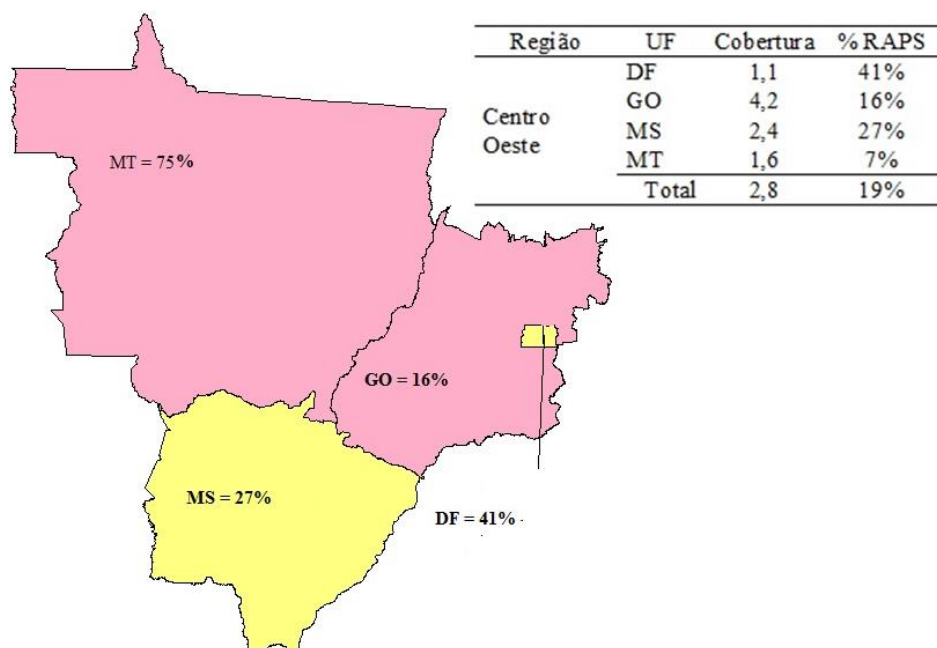


Figura 20. Oferta de LAI na RAPS da Região Centro-Oeste

Faz-se necessário aumentar o número destes leitos na RAPS, tendo em vista que a oferta existente é predominantemente de leitos em hospital especializado. Além disso, a distribuição irregular dos leitos existentes revelam que é preciso um melhor planejamento para possibilitar o acesso da população a este dispositivo.

Nota-se que a oferta de leitos na rede substitutiva ainda é insuficiente, e que a oferta de leitos para atendimento às situações que exigem cuidado mais intenso ainda é consideravelmente maior nos Hospitais Especializados. Na Região Centro-Oeste os Estados de Mato Grosso, Goiás, e Mato Grosso do Sul são aqueles que oferecem o menor número de leitos na rede substitutiva, não reduziram leitos especializados e diminuíram a oferta de LAI, contrariando frontalmente os princípios da política. O Distrito Federal tem baixa cobertura, porém 41% de seus leitos estão de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

e) Redução de internações em hospitais especializados

A Tabela 18 apresenta a variação e a média anual das internações detalhadas por tipo de dispositivo e Unidade da Federação. Consta-se que os LAI existentes não têm sido ocupados, apresentando uma taxa de ocupação inexpressiva diante do volume de internações que ainda acontece em hospital especializado

Tabela 18

Variação e Média de internações psiquiátricas por tipo de estabelecimento (2008-2014)

Região	UF	Variação		Média				
		HP	LAI	HP	LAI	Total		
Brasil	BR	-2,5	0,5	180.348	69%	82.293	31%	262.641
	DF	-0,1	-1,4	3.069	83%	634	17%	3.703
Centro-Oeste	GO	-3,7	0,7	11.618	87%	1.717	13%	13.336
	MS	-1,5	-2,2	1.952	62%	1.187	38%	3.139
	MT	-1,2	0	1.988	94%	117	6%	2.105
	Total	-1,8	-0,5	198.975	70%	85.948	30%	284.923

Nota. Elaborado pela autora

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com a tese de outros autores (Assis et al, 2014; Delgado, 2010; Monteiro, 2013) pois aponta para o desafio de incluir os LAI mais ativamente na rede de cuidado, investindo na qualificação e na articulação da rede em estratégias como, por exemplo o matriciamento em saúde mental e a co-responsabilização pelo cuidado.

f) Direito é qualidade

No que tange aos temas “Quality Rights” não houve variação significativa no desempenho dos estados da Região Centro-Oeste. O Mato Grosso do Sul apresentou o menor score com uma pontuação de 47% das metas atingidas (Figura 21).

Centro Oeste	Tema 1		Tema 2		Tema 3		Tema 4		Tema 5		Score	
DF	47%	AI	52%	AP	50%	AP	54%	AP	94%	AT	52%	AP
GO	50%	AP	52%	AP	50%	AI	51%	AP	96%	AT	51%	AP
MS	47%	AI	47%	AI	44%	AI	42%	AI	70%	AP	47%	AI
MT	49%	AI	51%	AP	50%	AP	54%	AP	100%	AT	51%	AP

Figura 21. Score por tema do “Quality Rights” da Região Centro-Oeste

Apesar dos esforços ainda há muito a se fazer para a substituição do modelo especialmente na Região Centro-Oeste, que ainda concentra um número excessivo de leitos com taxas de internação acima do esperado.

5.3 A imensidão aquática da Região Norte

A Região Norte é composta pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. É a maior das cinco regiões do país com uma área de 3 853 676,948 km² que corresponde a 45,25% do território nacional. Tem o segundo menor IDH, superando apenas o Nordeste. Nesta região há forte presença de comunidades indígenas e populações tradicionais com especificidades étnicas, sociais e culturais.

a) Perfil populacional

A Região Norte tem 48% de seus municípios classificadas como de pequeno porte que devem organizar as ações de saúde mental na atenção básica, conforme demonstra a Figura 22. Assim como na Região Centro-Oeste, apenas 3% dos municípios requerem dispositivos de maior complexidade.

Região	UF	< 15.000	entre 15.000 e 70.000	entre 70.000 e 150.000	>150.000	Total
Norte	RO	27	20	4	1	52
	AC	8	12	1	1	22
	AM	13	44	4	1	62
	RR	10	4		1	15
	PA	25	99	14	6	144
	AP	10	4	1	1	16
	TO	125	11	1	2	139
Total		218	194	25	13	450
		532	327	48	28	935

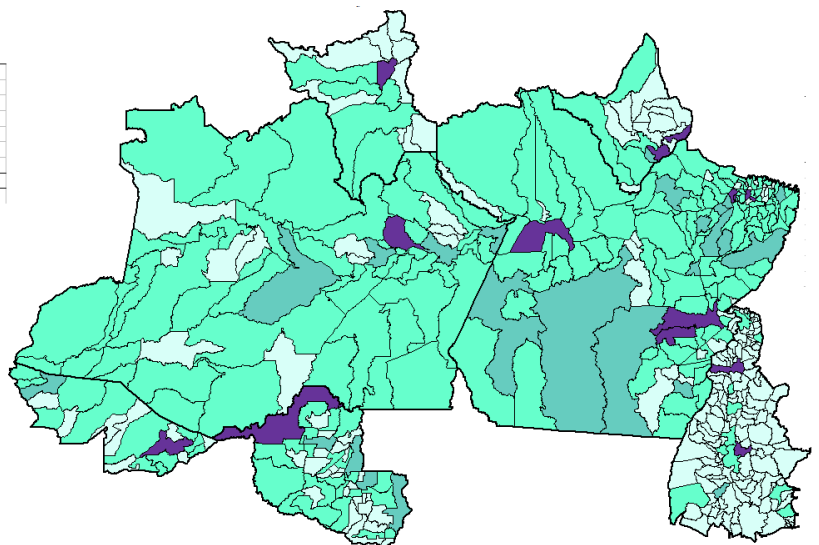
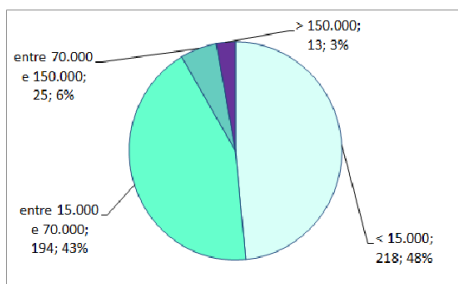


Figura 22- Caracterização dos municípios da Região Norte de acordo com critério populacional

b) Taxa de cobertura assistencial

Na Região Norte, os Estados do Acre, Roraima, Rondônia e Tocantins têm cobertura adequada. O Amazonas é o estado com a taxa de cobertura mais baixa especialmente por causa da cobertura de apenas 18% do componente hospitalar, porém, é o Estado da Região Norte com o melhor score no componente da atenção básica.

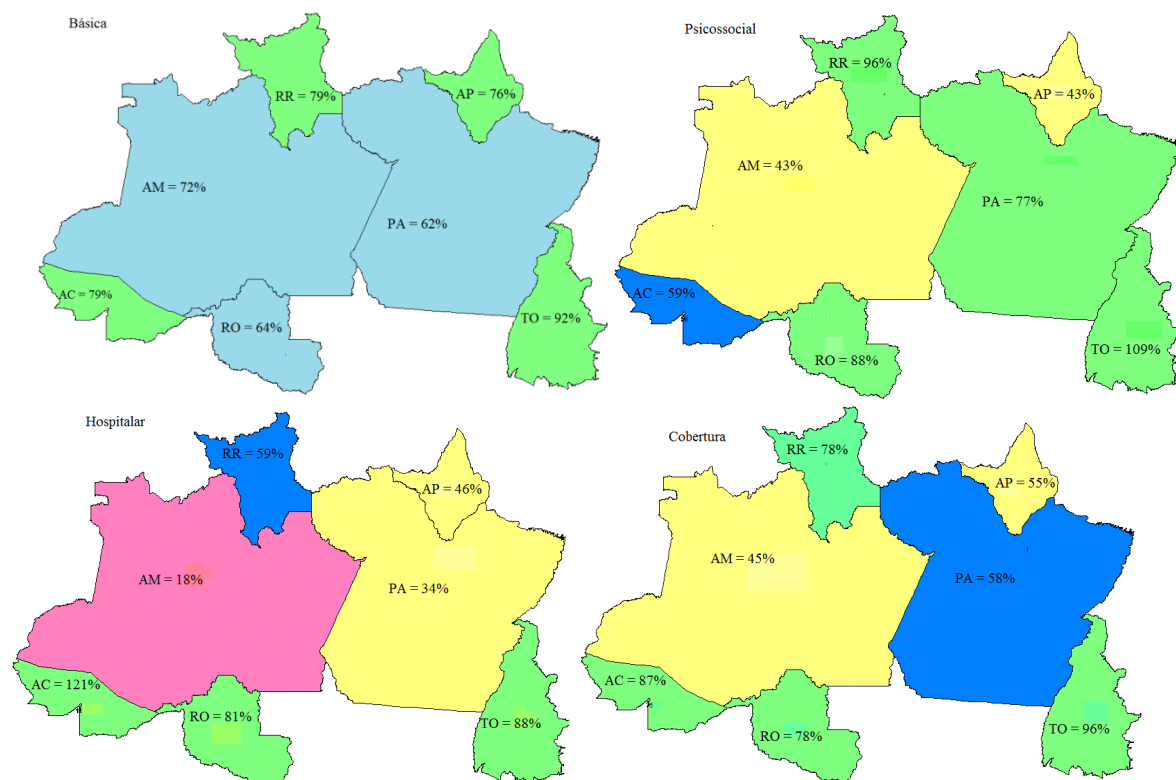


Figura 23 – Taxa de cobertura por Unidade da Federação

O estado de Tocantins é o único que tem cobertura adequada nos 3 componentes avaliados, com um resultado final de 96% de taxa de cobertura.

c) Redução de leitos em hospitais especializados

Na Região Norte os Estados do Amapá, Roraima e Rondônia nunca ofertaram leitos em hospitais especializados. Entretanto, conforme se constata na Tabela 19, o Estado de Tocantins extinguiu 100% dos leitos em hospitais especializados, substituindo-os completamente por leitos de atenção integral. Não houve redução de leitos no Acre .

Tabela 19

Redução de leitos em hospitais especializados

Região	UF	Leitos	Cobertura	Redução
Brasil	BR	25.829	3,7	-34%
Norte	AC	54	2,7	0%
	AM	61	0,5	-52%
	AP	0	0,4	-
	PA	56	0,5	-50%
	RO	0	0,7	-
	RR	0	0,6	-
	TO	0	0,8	-100%
Total		171	0,6	62%

d) Expansão dos Leitos de Atenção Integral.

Na Região Norte, Roraima, Amapá e Rondônia tem baixa cobertura de LAI, porém todos os leitos ofertados são de acordo com a RAPS. O Amazonas e o Acre tiveram desempenho considerado razoável.

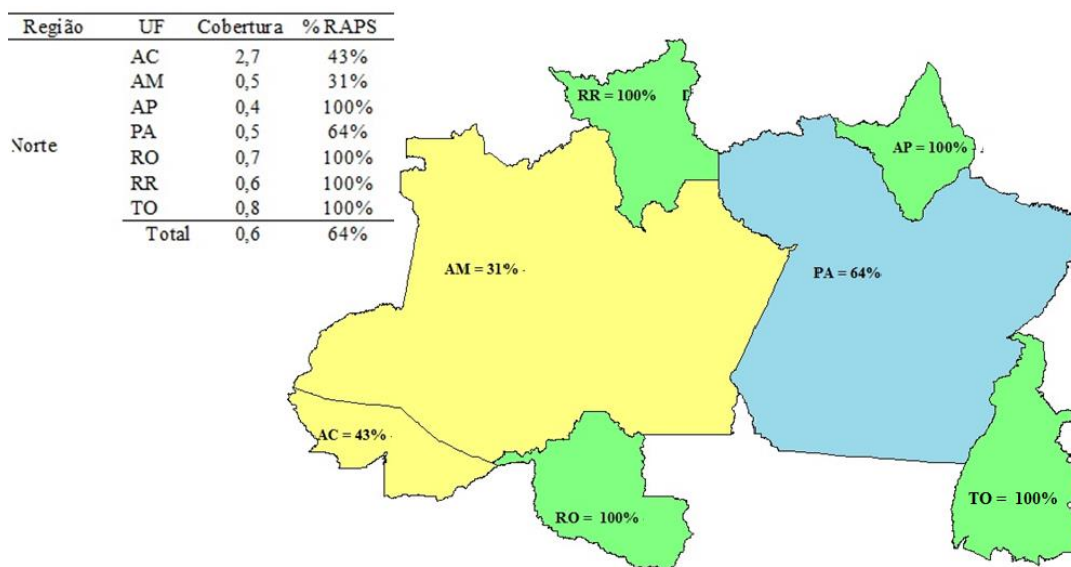


Figura 24. Oferta de LAI na RAPS da Região Norte

e) Redução de internações em hospitais especializados

Com base nos dados da Tabela 20 podemos afirmar que no Acre e no Amazonas as internações, quando necessárias ainda são realizadas em leitos localizados nos hospitais psiquiátricos especializados. O Pará foi o único estado em que a média de internações foi maior nos LAI (87%)

Tabela 20

Variação e Média de internações psiquiátricas por tipo de estabelecimento (2008-2014)

Região	UF	Variação		Média				
		HP	Geral	HP	Geral	Total		
Brasil	BR	-2,5	0,5	180.348	69%	82.293	31%	262.641
Norte	AC	-0,4	4,2	905	82%	196	18%	1.101
	AM	-0,2	0	680	97%	21	3%	702
	AP	0	-0,2	0	0%	92	100%	92
	PA	-0,3	0,8	288	13%	2.011	87%	2.298
	RO	0	1	0	0%	432	100%	432
	RR	0	1,4	0	0%	128	100%	128
	TO	-3,6	0,4	696	58%	503	42%	1.199
	Total	-0,9	1,1	2.569	43%	3.384	57%	5.952

Nota. Elaborado pela autora

f) Direito é qualidade

Na Tabela 14 apresentamos os resultados por Unidade da Federação. Apenas os Estados de Roraima e Mato Grosso do Sul não alcançaram a média de 50%, tendo desempenho considerado apenas iniciado.

Norte	Tema 1		Tema 2		Tema 3		Tema 4		Tema 5		Score	
AC	49%	AI	51%	AP	50%	AP	51%	AP	100%	AT	51%	AP
AM	50%	AP	50%	AI	50%	AP	51%	AP	80%	AT	50%	AI
PA	53%	AP	52%	AP	50%	AP	56%	AP	100%	AT	53%	AP
RO	43%	AI	49%	AI	50%	AP	42%	AI	95%	AT	48%	AI
RR	46%	AI	45%	AI	43%	AI	31%	AI	63%	AP	45%	AI
TO	54%	AP	52%	AP	50%	AP	52%	AP	100%	AT	53%	AP
	49%	AI	50%	AI	49%	AI	47%	AI	90%	AT	50%	AI

6 Considerações finais



O tema da avaliação de programas e serviços de saúde mental permeou o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica produzida pela RPB. Desde os seus primórdios, tanto as políticas e diretrizes quanto o arcabouço legal trazem indicações claras com relação à necessidade de institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação dos serviços substitutivos, construindo uma agenda conjunta entre gestores, trabalhadores, usuários e controle social.

Do ponto de vista do financiamento de pesquisas para produção de conhecimento sobre o tema nas instituições de ensino, apenas dois editais foram publicados, sendo que o último foi em 2008. Tal fato se reflete na escassez de projetos de pesquisas avaliativas em saúde mental de forma que esta não acompanhou a expansão da rede substitutiva, especialmente no Centro-Oeste e Norte do país. A necessidade de investimento financeiro para o desenvolvimento de estudos avaliativos no campo da saúde mental é, portanto, premente.

Nosso objetivo ao mapear as pesquisas nas Regiões Centro-Oeste e Norte não é de fazer um diagnóstico situacional, mas identificar possíveis parceiros para aprofundar os estudos sobre a qualidade dos serviços substitutivos da RAPS e criar uma rede que torne possível a socialização de informações entre pesquisadores, gestores, trabalhadores, usuários e controle social. Torna-se um desafio ético manter o funcionamento do Grupo de Estudos e assumir a responsabilidade por promover este debate no território.

No que diz respeito ao “Avaliar Caps Centro-Oeste/Norte”, consideramos que o compromisso da equipe de pesquisadores envolvidos no projeto com a RPB foi fundamental para dar conta do desafio de avaliar o maior número de serviços num território tão vasto, e com especificidades regionais tão diversas. A opção pela presença “in loco” do pesquisador foi uma estratégia exitosa, pois permite o contato com o cotidiano dos serviços e das diferenças sociais e culturais de cada localidade.

Consideramos que o instrumento de pesquisa e a roda de conversa foram adequadas para atingir seus objetivos e também apresentaram-se como uma tecnologia indutora de boas práticas, pois ao respondê-lo promoveu uma reflexão entre os participantes. Alguns trabalhadores de dispositivos em locais distantes dos grandes centros, os nunca haviam participado de processos formativos, o que tornou este processo um momento muito rico de troca de experiências.

O uso do formulário eletrônico FORMSUS foi o que facilitou o processo de coleta e sistematização dos dados, pois este permite sua associação com outros bancos de dados. Além disso tanto o instrumento quanto as variáveis analisadas estão à disposição do DATASUS para que possam ser utilizados em estudos futuros pelo próprio Ministério da Saúde, ou por outros pesquisadores.

Os Sistemas de informação em Saúde disponibilizadas pelo SUS como Tabwin, Tabnet e CNES são ferramenta potentes, de fácil acesso e fornecem uma gama de informações que podem auxiliar no monitoramento e avaliação de políticas e serviços de saúde mental.

Uma limitação deste estudo está no fato de que a pesquisa foi realizada apenas nos dispositivos do componente de Atenção Psicossocial. A mesma limitação se coloca com relação à taxa de cobertura, já que o índice de cobertura do Ministério da Saúde considera apenas o número de CAPS por 100.000 habitantes. Também temos que considerar um novo cálculo para os CAPS Regionais, já que estes diminuem a cobertura uma vez que aumenta a área de abrangência. Uma outra questão é que nem sempre os dados cadastrados correspondem com a realidade. Por exemplo encontramos leitos de acolhimento noturno (que são dispositivos de CAPS III) em instituições totais, ou ainda, leitos cadastrados em hospital geral que não dispõe de equipe técnica nem espaço físico.

Para os dispositivos com demandas específicas também entendemos que seria necessário detalhamento de algumas questões como por exemplo, a articulação relação do CAPS infanto-juvenil com a rede escolar, ou ainda, atribuir um valor maior ao número de crianças inseridas na escola para os dispositivos deste tipo.

Quanto à adaptação dos resultados do Avaliar Caps à ferramenta de análise do Quality Rights, esta também apresenta algumas questões que devem ser observadas. Algumas variáveis não puderam ser quantificadas ou não constavam do instrumento original, e por esta razão deixaram de ser analisadas. Uma das razões é que o Quality Rights foi elaborado para instituições asilares. Assim sendo, é possível adaptar os resultados, porém seria necessário a elaboração de um instrumento específico.

Outra discussão que se coloca necessária é que o Quality Rights não é uma ferramenta específica para serviços substitutivos. Desta forma, algumas variáveis analisadas pelo avaliar caps deixaram de ser analisadas e vice-versa. A ferramenta de análise produz quadros que são de difícil compreensão até para especialistas, visto que não são auto-explicativos.

O aplicativo AVALIAR-AÇÃO é de fácil manuseio, sendo possível sua adaptação para novos parâmetros, variáveis e indicadores. Para estudos futuros o novo passo será o aprimoramento do aplicativo para compartilhamento por intermédio da rede mundial de computadores de forma que este possa ser incorporado ao cotidiano dos serviços por conselheiros de saúde, usuários, trabalhadores e gestores.

Com base dos resultados aferidos podemos afirmar que a Região Centro Oeste manteve uma cultura fortemente manicomial com pequena redução de leitos especializados, redução de leitos da RAPS e altas taxas de internação.

Quanto à Região Norte o vazio assistencial é especialmente preocupante devido às peculiaridades da região, como por exemplo a grandes distâncias a ser percorridas de barco. Entretanto os princípios da reforma tem sido atingidos com destaque para o Estado de Tocantins que conseguiu reverter completamente o modelo de assistência, investindo numa rede diversificada de serviços em substituição ao modelo tradicional, ou no Pará em que o esforço para reversão do modelo se reflete quando a maioria das internações acontece nos dispositivos da rede.

A pesquisa reafirma a importância de desenvolver critérios, instrumentos e mecanismos de compartilhamento de informações incorporado ao cotidiano dos serviços que permitam o monitoramento e a avaliação da política e dos serviços substitutivos de acordo com a realidade local, bem como, adotar a necessidade de uma cultura para a utilização dos indicadores produzidos por trabalhadores, gestores e controle social.

Por fim, a pesquisa que ora apresentamos cumpre seu papel técnico pois fornece subsídios para mudanças na política e nos serviços de saúde mental analisados, seu papel político visto que oferece informações para sujeitos sociais fundamentarem lutas sociais no campo das políticas públicas e acadêmico com a produção e compartilhamento de

conhecimento sobre a pesquisa avaliativa em saúde mental no âmbito do SUS. Nosso desafio foi o mesmo de Gepetto ao dar vida a Pinóquio: dar sentido e vida a documentos e indicadores de qualidade, a princípio inanimados com o intuito de promover o diálogo destes com o respeito aos direitos humanos e o cuidado em liberdade.

Enseja-se a partir daqui futuros estudos para a elaboração de novos indicadores que se possam oferecer uma avaliação mais aproximada da realidade de toda a RAPS e na perspectiva de promoção da qualidade em serviços de saúde mental enquanto garantia de direitos dos usuários e que possam ser compartilhados por todos os atores envolvidos neste processo.

7 Referências bibliográficas



- Aguilar, M. J., & Ander-Egg, E. (1995). *Avaliação de Serviços e Programas Sociais* (2 ed). Petrópolis: Vozes.
- Amarante, P. D. C. (2009). Reforma psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 34–41.
- Amarante, P. D. C. (2010). Asilos, alienados e alienistas. In: Amarante, P. (org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (pp. 73–84). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Arretche, M. T. S. (1998). Tendências no estudo sobre avaliação. *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão Em Debate.*, 3(3), 29–49.
- Artaud, A. (1986). *Escritos de Antonin Artaud*. Porto Alegre: L&PM.
- Assis, M. (1882/1994). *O Alienista*. São Paulo: FTD.
- Assis, J. T. De, Kinoshita, R. T., Macdowell, P. D. L., Mota, T. D., & Trino, A. T. (2014). Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde : regiões e redes. *Divulgação Em Saúde Para Debate*, 52, 88–113.
- Baptista, T. W. F., & Rezende, M. (2011). A idéia do ciclo de políticas públicas. In: Mattos, R. A. D. & Baptista, T. W. D. F. (orgs), *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 136–172). Rio de Janeiro: CCAPS.
- Barreto, L. (1920). *Diário do Hospício. O cemitério dos vivos*. Cosac Naify.

- Barros, S., & Salles, M. (2011). Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, 45(2), 1780–1785.
- Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. In: Basaglia, F. (org). *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico* (pp. 99–133). Rio de Janeiro: Graal.
- Bastos, O. (2007). Primórdios da psiquiatria no Brasil, 29(2), 154–155. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200004>
- Bleicher, T. (2015). *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de Sistema Local de Saúde*. (Tese de doutorado), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 456–468. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200025>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contrandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2011). *Avaliação : conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Buvinich, M. R. (1999). Ferramentas para o monitoramento e avaliação de programas e projetos sociais. *Cadernos de Políticas Sociais*, (10), 1–83.
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Cerqueira, L. (1984). *Psiquiatria social : problemas Brasileiros de Saúde Mental*. São Paulo: Livraria Atheneu.
- Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (1983). *Metodologia Científica : para uso dos estudantes universitários* (3 ed.). São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.
- Cohen, E., & Franco, R. (1994). *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Cooper, D. (1982). *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Ed Perspectiva.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. de, Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista Do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428–431. <http://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>
- Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora da UNESP.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001). As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. *Saúde Em Debate*, 25(58), 12–25.
- Costa, J. F. (1980). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Costa, P. H. A., Colugnati, F. A. B., & Ronzani, T. M. (2015). Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3243–3253. <http://doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014>
- Cruz, M. M. da. (2011). Avaliação de Políticas e Programas de Saúde : contribuições para o debate. In: Mattos, R. A. D. & Baptista, T. W. D. F. (orgs), *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 180–198).
- Dantas, C. R., & Oda, A. M. G. R. (2014). *Cartografia das pesquisas avaliativas de serviços de saúde mental no Brasil (2004-2013)*. *Physis* (Vol. 24). <http://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400008>
- Delgado, P. G. G. (2010). Apresentação. In: Thornicroft, G. & Tansella, M. *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri: Manole.
- Desviat, M. (2008). *A reforma psiquiátrica* (20 ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Devera, D., & Costa-Rosa, A. (2007). Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia Da UNESP*, 6(1), 60–79.
- Dias, G., Filho, L., & Filho, N. T. (2013). As cinco gerações da avaliação educacional – características e práticas educativas, 1–21. *Revista Científica Semana Acadêmica*. Fortaleza, ano MMXII, Nº. 000011
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Severo, E. G., & Kalliny, A. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 20(4), 1209–1226.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Dubois C-A, Champagne F, B. (2011). Histórico da avaliação. In: Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P. & Hartz, Z. *Avaliação : conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dye, T. D. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood: Prentice-Hall.
- Engel, M. G. (2001). *Os delírios da razão : médicos, loucos e hospícios*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fagundes, H., & Moura, A. B. (2009). Avaliação de programas e políticas públicas. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 8 n.1(jan./jun.2009), 89–103.
- Finkler, L., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Reflexões sobre avaliação de programas e projetos sociais. *Barbaroi*, (38), 126–144.
- Fonte, E. M. M. (2011). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica : as sete

- vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, 1–12.
- Foucault, M. (1987). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Frey, K. (2000). Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. *Planejamento E Políticas Públicas*, 21, 211–259. [http://doi.org/10.1016/S0160-7383\(98\)00105-4](http://doi.org/10.1016/S0160-7383(98)00105-4)
- Furtado, J. P. (2001). Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Health San Francisco*, 6(1), 165–181. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>
- Furtado, J. P., & Laperrière, H. (2012). Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 695–705. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300016>
- Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Goffmann, E. (1974). *Manicomios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gomes, R. (1994). O Alienista: loucura, poder e ciência. *Tempo Social*, 145–160.
- Grigolo, T. M., Delgado, P. G. G., & Schmidt, M. B. (2010). Avaliar CAPS: um retrato do funcionamento da rede de serviços substitutivos no Brasil. In: Campos, F. & Lancetti, A. Coleção Saúde Loucura n. 9 (pp. 371–90). São Paulo: Hucitec.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2011). *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Hartz, Z. M. de A., & Conrandriopoulos, A.-P. (2008). *Meta avaliação da atenção básica à saúde : teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Heidrich, A. V. (2007). *Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
- Jones, M. (1972). *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Coimbra, V. C. C., Hypólito, Á. M., Guedes, A. da C., Meirelles, M. C., Cortes, J. M. (2010). Avaliando a política de saúde mental num CAPS : a trajetória no movimento antimanicomial. *Estudos E Pesquisas Em Psicologia, UERJ RJ*, 10(1), 242–263.
- Kerlinger, F. N. (1980). *Metodologia da pesquisa em ciências sociais : um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Kuhn, T. S. (1975). *Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Laing, R. (1982). *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense.

- Lancetti, A. (2013). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: *Saúde mental e saúde da família*. (pp 11-52). São Paulo: Hucitec.
- Laswell, H. D. (1958). *Politics: who gets what, when, how*. New York: P. Smith.
- Lima, G. M. B., & Silva, F. (2008). A experiência literária da loucura em Lima Barreto. *Interdisciplinar*, 505–530.
- Lima, M. C. P., & Botega, N. J. (2001). Hospital-dia : para quem e para quê? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 195–199. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400006>
- Lima, R. T., & Silva, E. P. (2011). Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 15(1), 103–114. <http://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.01.15>
- Lima, V. F. S. A. (2009). Tendências da avaliação no âmbito das políticas públicas–desafios e perspectivas. *Arcus-Ufpe.Com*, 53–61.
- Lima, W. G. (2012). Política pública: discussão de conceitos. *Revista Interface (Porto Nacional)*, (5), 49–54. <http://www.revista.uft.edu.br/index.php/interface/article/view/370>
- Lobosque, A. M. (org). (2007). A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial. In:Lobosque, A. M. (org), *Caderno Saúde Mental*, Belo Horizonte:ESP-MG
- Luiz, A., & Braga, D. C. (2014). A Campanha Nacional de Saúde Mental : a higiene mental como método de alcance da saúde mental. Belo Horizonte: 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia .
- Luzio, C. A., & L'Abbate, S. (2006). A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 281–298. <http://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200002>
- Luzio, C. A., & Yasui, S. (2010). Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia Em Estudo*, 15(1), 17–26. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100003>
- Lynn, L. E., & Gold, S. G. (1980). *Designing Public Policy: a casebook on the role of policy analysis*. Santa Monica: Goodyear Publishing Company.
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marques, E. F. (2013). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora UNESP, 209-228.
- Mead, L. M. (1995). Public Policy: Vision, Potential, Limits. *Policy Currents*, 5, 1–4.

- Meredieu, F. (2006). *Eis Antonin Artaud*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Ministério da Saúde. (2004). *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. 340 p. Brasília:Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde. (2008). *Memória da loucura: apostila de monitoria do Ministério da Saúde*.88 p. Brasília:Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde. (2010a). *Legislação em Saúde Mental 2004 a 2010*. 257 p. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010b). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. 210 p. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde. (2011). *Saúde Mental no SUS As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. 106 p. Relatório de Gestão:2007-2010. Brasília:Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde.(2015). *Saúde Mental em Dados – 12*, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental
- Ministério da Saúde. (2016a). *Manual de Planejamento no SUS*. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. 138 p.Série Articulação Interfederativa ; v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Ministério da Saúde. (2016b). *Saúde Mental no SUS : cuidado em liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial*, Relatório de Gestão 2011-2015. 143 p. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). Carta de Brasília. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
- Ministério da Saúde. (2015). *Direito é qualidade : kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência Social*. 74 p. Brasília:Ministério da Saúde
- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. (2011). *Ministério Público e Tutela à Saúde Mental*, 133p.Rio de Janeiro:MPRJ
- Miranda-Sá Jr., L. S. (2007). Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 29(2), 156–158. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200005>
- Mondoni, D., & Costa-Rosa, A. (2010). Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicologia:teoria E Pesquisa*, 26(1), 39–47.
- Monteiro, J. da R. (2013). *Entre quatro paredes : desafios da atenção em saúde mental no*

- hospital geral*.(Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, RS.
- Nicácio, F. S. (2007). Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 18(3), 143–151.
- Oliveira, M. A. F., Cestari, T. Y., Pereira, M. O., Pinho, P. H., Gonçalves, R. M. D. D. A., & Claro, H. G. (2014). Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Em Debate*, 38(101), 368–378. <http://doi.org/10.5935/0103-1104.20140034>
- OMS.Organização Mundial de Saúde. (2001). *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Relatório sobre a saúde no mundo*.173 p. Genebra:OMS
- Onocko-Campos, R. T. (2013). Pesquisas em saúde mental: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 2794–2794. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000001>
- OPAS.Organização Pan-Americana da Saúde. (1990). Declaração de Caracas.Caracas
- Pereira, E. C., & Costa-Rosa, A. (2012). Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde E Sociedade*, 21(4), 1035–1043.
- Pereira, I. B., & Lima, J. C. F. (2008). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV.
- Peters, B. G. (1986). *American Public Policy*. Chatham. N.J.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579–4589. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>
- Pitta, A. M. F., Coutinho, D. M., & Rocha, C. C. M. (2015, September). Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Saúde Em Debate*, 39(106), 760–771. <http://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>
- Nilo, K., Morais, M. A. B., Guimarães, M. B. L. et al. (Orgs.). (2008). *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde.
- Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. Rio de Janeiro: Editora

FIOCRUZ

- Ramos, M. P., & Schabbach, L. M. (2012). O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 46(5), 1271–1294. <http://doi.org/10.1590/S0034-76122012000500005>
- Rotelli, F. (2001). A instituição inventada. In: Nicácio, M.F.S.(org). *Desinstitucionalização* (pp. 89–99). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., & Amarante, P. D. C. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra, B. & Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 41–55). Rio de Janeiro: RENAME-DUMARÁ.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados.” In: Nicácio, M.F.S.(org). *Desinstitucionalização* (pp. 17–59). São Paulo: Hucitec.
- Roth, A. N. (2006). *Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación* (Ediciones). Bogotá, D.C.
- Ruas, M.G. (2012). *Políticas Públicas.- 2 ed reimp - Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/USC*
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., & Abreu, L. M. de. (2010). *Supervisão clínico institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, N. G. (1994). *Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Santos, Y. F., Oliveira, I. M. F. F., & Yamamoto, O. H. (2009). O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN. *Psicol. Argum.*, 27(59), 313–322.
- Santos, M. P. G. (2012). *Políticas Públicas e Sociedade*. 98p 2. ed. reimp – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC.
- Saraceno, B. (1997). *Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária*. In: *Saúde e loucura* (Vol. 9). São Paulo:Hucitec
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá.
- Saravia, E. (2007). Introdução à Teoria da Política Pública. In:*Políticas Públicas; coletânea* (Vol. 1, pp. 21–42). Brasília: ENAP.
- Saúde, M. da. (2011). Apresentação “A Rede de Atenção Psicossocial.”

- Schneider, D. R., Scarparo, H. B. K., & Goullart, M. S. B. (2012). Pesquisas em historia da saúde mental no Brasil: produções advindas de um encontro científico. *Revista Interamericana de Psicologia*, 171–180.
- Secchi, L. (2012). *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. São Paulo: Learning Cengage. <http://doi.org/65552011000600017>
- Serafim, M. P., & Dias, R. B. (2012). Análise de Política: Uma Revisão da Literatura. *Cadernos Gestão Social*, 3(1), 121–134.
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersectorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 31(3), 640–655. <http://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>
- Silva, M. O. S. (2001). *Avaliação de políticas e Programas Sociais: teoria e pratica*. São Paulo: Veras
- Silva, M. O. S. (2012). Construindo uma proposta metodológica participativa para desenvolvimento da pesquisa avaliativa: uma contribuição da teoria crítica para a prática do Serviço Social*. *Texto & Contexto*, 222–233.
- Silva, N. P. (2009). *A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde*. (Dissertação de Mestrado) . Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ
- Silva, N. S., Melo, J. M., & Esperidião, E. (2012). Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2), 280–288. <http://doi.org/S1415-27622012000200018>
- Simon, A. G. (2010). *O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil*. (Dissertação de mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 8(16), 20–45. <http://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>
- Sudano, A. D. C. G. P., Soares, A. G., & Vergili, G. E. (2015). O debate sobre a pesquisa em políticas públicas no Brasil a partir da análise dos trabalhos apresentados na anpocs : evolução e desafios. XXXIX Encontro Anual da ANPOCS GT30 - Políticas Públicas
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25–59. <http://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>
- Thomas, J. R., & J.K.Nelson. (1996). *Research methods in physical activity*. Champaign: Human Kinetics.

- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental Comunitária*. Barueri: Editora Manole.
- Velasco, E. G., Nicolau, K. W., & Freitas, L. O. (2011). Saúde pública e a oitava vida da agenda pública brasileira. *Revista Políticas Públicas*. <http://doi.org/10.18764/>
- Viana, A. L. D., Faria, R., & Pacifico, H. (2006). O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes : é possível conciliar a visão clássica de avaliação com novas práticas? In: Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs). *Gestão em redes : práticas de avaliação, formação e participação na saúde* (p. 484). Rio de Janeiro:CEPESC
- Wetzel, C., & Kantorski, L. P. (2004). Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 543–548. <http://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400012>
- Worthen, B. R., Sander, J. R., & Fitzpatrick, J. L. (2004). *Avaliação de programas : concepções e práticas*. São Paulo: USP/EPU.
- Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde Debate*, 32(78/80), 27–37.
- Zurita, R. C. M., & Melo, E. C. (2013). Saúde Mental E Reforma Psiquiátrica No Brasil : Reflexões Com Base No Referencial Filosófico De Kuhn. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(9), 5604–5610. <http://doi.org/10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201331>
- Zusman, J. A. (1992). No Hospital-dia: uma perspectiva historico-critica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 393–398.

APÊNDICE A – Atos normativos do Ministério da Saúde (1990 – 2015)

A.1. Reestruturação da assistência psiquiátrica

Portaria	Ementa
SAS nº 189/91	Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos).
SAS nº 209/91	Aprova valores financeiros para Tabela de procedimentos da Portaria 189
SAS nº 407/92	Autoriza o cadastramento no Grupo de Procedimentos Internação em Psiquiatria III, pelos gestores estaduais, aos hospitais que cumprirem determinados quesitos, a partir de 1.º de janeiro de 1993.
SAS nº 408/92	Inclui no SIH-SUS grupos de procedimentos para Tratamento em Psiquiatria realizados em hospitais previamente autorizados pelo INAMPS, mediante proposição da Secretaria Estadual de Saúde (SES).
SAS nº 088/93	Cria na tabela SIH/SUS procedimentos para Hospitais Psiquiátricos.
SAS nº 147/94	Amplia o item 4.2 da PT MS/SNAS n.º 224/92, de 29.1.92 (DOU de 30.1.92).
SAS nº 022/94	Autoriza procedimentos para hospitais psiquiátricos
SAS nº 066/95	Cria procedimentos na tabela SUS para internações psiquiátricas
SAS nº 094/95	Autoriza as secretarias estaduais de saúde a rever a reclassificação dos hospitais psiquiátricos
SAS nº 149/95	Regulamenta internações de pacientes grabatários
SAS nº 015/96	Procedimentos tabela SUS para internações psiquiátricas
SAS nº 111/01	Altera, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/ SIH-SUS, a sistemática de emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH de identificação 5, para internação de longa permanência.
SAS nº 077/02	Exclui procedimentos do Grupo Internação Psiquiatria IV e cria novos procedimentos
GM nº 251/02	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
GM nº 2.391/02	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.
SAS nº 1.001/02	Resultado do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria, no período de maio a julho de 2002.
SAS nº 150/03	Resultado do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar - PNASH/Psiquiatria
GM nº 53/04	Cria novos procedimentos no âmbito do Plano Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004 e dá outras providências
GM nº 052/04	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004
GM nº 1.628/04	Prorroga o prazo para assinatura de termo de compromisso e ajustamento, e retificação de ajuste de leitos.
GM nº 1.102/04	Prorroga o prazo para redução de leitos em hospital psiquiátrico
SAS nº 304/05	Reclassificação de hospitais psiquiátricos
GM nº 222/05	Cria grupo de trabalho para analisar a remuneração da internação psiquiátrica no SUS.
SAS nº 501/07	Resultado do PNASH
SAS nº 303/07	Prorroga prazo para a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde que dispõe a adequação dos cadastros dos estabelecimentos de saúde

Portaria	Ementa
GM nº 1.195/09	Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde do Ceará do incentivo para a inserção dos antigos Hospitais Colônias nas ações de vigilância e controle da hanseníase e dá outras providências.
GM nº 2.644/09	Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências.
SAS nº 404/09	Reclassifica hospitais psiquiátricos de acordo com o porte
SAS nº 426/09	Estabelece que os hospitais psiquiátricos indicados para descredenciamento pelo PNASH permaneçam nas classes em que se encontravam em outubro de 2009
SAS nº 147/10	Reclassifica a Clínica Serra Verde de acordo com o PNASH
SAS nº 542/10	Desabilita o Hospital São Camilo
GM nº 222/14	Cria grupo de trabalho para analisar a remuneração da internação psiquiátrica no SUS

A.2. Organização da rede substitutiva

Período	Atenção Básica	Atenção Hospitalar	Atenção Psicossocial	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Desinstitucionalização	RAPS
1 - Deflagração					GM nº 106/00	SAS nº 224/92
	SAS nº 396/05 GM nº 154/08 GM nº 2.843/10	GM nº 1.612/05 GM nº 1.027/05 GM nº 2.842/10	GM nº 336/02 GM nº 626/02 SAS nº 305/02 GM nº 1.947/03 SAS nº 384/05 GM nº 1.059/05 GM nº 2.841/10		GM nº 175/01 GM nº 2.077/03 SAS nº 748/06	GM nº 1.190/09
2 - Institucionalização						
	GM nº 2.488/11 GM nº 122/12 GM nº 123/12	GM nº 148/12 SAS Nº 349/12 GM nº 1.615/12 SAS nº 953/12	GM nº 130/12	GM nº 131/12 GM nº 121/12	GM nº 2.840/14	GM nº 3.088/11
3 - Consolidação						

A.3. Financiamento e custeio

Período	Atenção Básica	Atenção Hospitalar	Atenção Psicossocial	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Desinstitucionalização	Reabilitação Psicossocial
1 - Deflagração		SNAS nº 209/91 SAS nº 189/91	SAS nº 189/91 SNAS nº 209/91		GM nº 1.220/00	
2 - Institucionalização	GM nº 2.843/10	GM nº 817/02 GM nº 1.612/05 GM nº 1.027/05 SAS nº 480/10 GM nº 4.066/10 GM nº 2.842/10	SAS nº 189/02 GM nº 626/02 GM nº 1.635/02 GM nº 336/02 GM nº 1.455/03 GM nº 1.947/03 GM nº 245/05 GM nº 1.059/05 SAS nº 384/05 GM nº 1.197/09 GM nº 2.629/09 GM nº 1.198/09 GM nº 1.196/09 SAS nº 481/10 GM nº 2.841/10	SENAD nº 59/10	GM nº 2.077/03 GM nº 2.068/04 SAS nº 146/04 GM nº 246/05 GM nº 1.954/08	SAS nº 728/02 GM nº 1.169/05

A.3. Financiamento e custeio

Período	Atenção Básica	Atenção Hospitalar	Atenção Psicossocial	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Desinstitucionalização	Reabilitação Psicossocial
3 - Consolidação	GM nº 2.488/11 GM nº 122/12	GM nº 1.615/12 SAS nº 953/12 GM nº 148/12 SAS nº 404 SAS nº 651 SAS nº 1.586 SAS nº 2.638 GM nº 1.521 SAS nº 878 SAS nº 917 SAS nº 877 SAS nº 2.037 GM nº 1.365 GM nº 1.413 GM nº 1670/15 SAS nº 879 GM nº 12/15	GM nº 3.099/11 GM nº 3.089/11 GM nº 3.092/11 GM nº 854/12 GM nº 130/12 SAS nº 1.872 GM nº 1.966/13 GM nº 615/13 GM nº 1444/15 GM nº 1647/15 GM nº 1603/15 GM nº 789/15 GM nº 787/15 GM nº 1670/15	GM nº 131/12 GM nº 855/12 GM nº 856/12 GM nº 121/12 GM nº 3.077/12 GM nº 615/13 GM nº 2.641/13 GM nº 736/13 GM nº 2.641/13 GM nº 1.186/14 GM nº 1.366/14 GM nº 1.503/14 GM nº 916/2014 GM nº 716/14 GM nº 1.186/14 GM nº 1.503 GM nº 1366/14 GM nº 1196 GM nº 12/15 GM nº 1.670/15 GM nº 1670/15 GM nº 12/15	GM nº 3.090/11 GM nº 857/12 GM nº 1.145/13 GM nº 1.511/13 GM nº 1.040/13 GM nº 1.366/14 GM nº 1.365/14 GM nº 1.364/14 GM nº 2.694/14 GM nº 1.364/14 GM nº 2.694/14 GM nº 1.194/14 GM nº 2.840/14 GM nº 6/15 GM nº 1.258/15 GM nº 1647/15 GM nº 1.258/15	GM nº 132/12

A.4. Habilitação de serviços

Período	Atenção Hospitalar	Atenção Psicossocial				Atenção Residencial de Caráter Transitório	Desinstitucionalização
2 - Institucionalização		SAS nº 746/02	SAS nº 736/02	SAS nº 465/04	SAS nº 236/05		GM nº 2.381/03
		SAS nº 751/02	SAS nº 676/02	SAS nº 759/04	SAS nº 232/05		GM nº 2.156/03
		SAS nº 891/02	SAS nº 715/02	SAS nº 452/04	SAS nº 174/05		GM nº 2.069/04
		SAS nº 820/02	SAS nº 706/02	SAS nº 768/04	SAS nº 133/05		SAS nº 595/04
		SAS nº 825/02	SAS nº 695/02	SAS nº 742/04	SAS nº 110/05		SAS nº 893/04
		SAS nº 827/02	SAS nº 685/02	SAS nº 39/04	SAS nº 16/05		GM Nº 3.190/09
		SAS nº 854/02	SAS nº 683/02	GM nº 2.407/04	SAS nº 21/05		GM nº 1.422/10
		SAS nº 738/02	SAS nº 238/03	SAS nº 497/04	SAS nº 60/06		GM Nº 3.133/10
		SAS nº 866/02	SAS nº 399/03	SAS nº 91/04	SAS nº 146/06		GM Nº 3.684/10
		SAS nº 770/02	SAS nº 392/03	SAS nº 134/04	SAS nº 21/06		GM Nº 1.145/10
		SAS nº 905/02	SAS nº 356/03	SAS nº 205/04	SAS nº 149/06		
		SAS nº 906/02	SAS nº 348/03	SAS nº 364/04	SAS nº 201/07		
		SAS nº 939/02	SAS nº 409/03	SAS nº 377/04	SAS nº 20/08		
		SAS nº 1.003/02	SAS nº 264/03	SAS nº 450/04	SAS nº 373/09		
		SAS nº 1.004/02	SAS nº 112/02	SAS nº 169/04	SAS nº 372/09		
		GM nº 2.103/02	SAS nº 225/03	SAS nº 17/04	SAS nº 371/09		
		GM nº 1.006/02	SAS nº 200/03	SAS nº 305/05	SAS nº 370/09		
		SAS nº 855/02	SAS nº 185/03	SAS nº 588/05	SAS Nº 648/10		
		SAS nº 665/02	SAS nº 183/03	SAS nº 666/05	SAS Nº 693/10		
		SAS nº 652/02	SAS nº 145/03	SAS nº 670/05	SAS nº 235/10		
		SAS nº 653/02	SAS nº 309/03	SAS nº 736/05	SAS nº 486/10		
		SAS nº 654/02	SAS nº 757/04	SAS nº 385/05	SAS nº 236/10		
		SAS nº 890/02	SAS nº 496/04	SAS nº 798/05	SAS nº 145/10		
		SAS nº 658/02	SAS nº 502/04	SAS nº 408/05	SAS nº 295/10		
		SAS nº 737/02	SAS nº 565/04	SAS nº 755/05	SAS nº 350/11		
		SAS nº 674/02	SAS nº 651/04	SAS nº 340/05			
		SAS nº 675/02	SAS nº 703/04	SAS nº 336/05			
		SAS nº 716/02	SAS nº 721/04	SAS nº 260/05			
		SAS nº 655/02					

A.4. Habilitação de serviços

Período	Atenção Hospitalar	Atenção Psicossocial	Atenção Residencial de Caráter Transitório	Desinstitucionalização
3 - Consolidação	SAS nº724/13	SAS nº 870/12	GM nº 1.460/12	GM nº 2.079/03
	SAS nº 967/13	SAS nº 351/11	GM nº 450/13	GM nº 591/13
	SAS nº 361	GM nº 404/15	GM nº 1.201/13	GM nº 557/13
	SAS nº 951/13	GM nº 876/15	GM nº 1.457/13	GM nº 229/13
	SAS 1.455/13	GM nº 869/15	GM nº 1.453/13	GM nº 1.380/13
	SAS nº 377/13	GM nº 452/15	GM nº 80/14	GM nº 1.366/14
	SAS nº 228/14	GM nº 453/15	GM nº 694/14	GM nº 796/14
	SAS nº1.379/14	GM nº 405/15	GM nº 1.366/14	GM nº 1.365/14
	SAS nº 1.199/14	GM nº 467/15	GM nº 510/14	GM nº 1.454/14
	SAS nº 1.491/14	GM nº 980/15	GM nº 1.494/14	GM nº 648/15
	SAS nº 383/14	GM nº 1015/15	GM nº 296/14	GM nº 876/15
	SAS nº /14	SAS nº 1.014/15	SAS nº 1.014/15	GM nº 981/15
	SAS 76/14	GM nº 981/15		GM nº 545/15
	SAS nº 1.493/14	GM nº 962/15		GM nº 2.079/14
	SAS nº 1.496/14			
	SAS nº 274/14			
	SAS 1.492/14			
	SAS nº 83/14			
	SAS nº 1.014/15			
	SAS nº 868/15			
SAS nº 246/15				

APÊNDICE B – Mapeamento da pesquisa avaliativa

B.1. Grupo de pesquisa por Unidade da Federação

Região	UF	Nome do grupo	Sigla	Ano	Lider
Centro Oeste	MT	Núcleo de Estudos em Saúde Mental do Mato Grosso	UFMT	2007	Samira Reschetti Marcon
Norte	AM	Gerenciamento em Enfermagem e Saúde Coletiva	UFAM	2002	David Lopes Neto
		Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde	UFAM	2004	Sandra Greice Becker
Nordeste	AL	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno	UFAL	2008	Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
		Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais	UFAL	2002	Rosa Lúcia Prêdes Trindade
	BA	Núcleo de Estudos e Pesquisas em saúde e cidadania	UCSAL	2012	Ana Pitta
	CE	Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Práticas de Saúde	UFC	1988	Violante Augusta Batista Braga
		Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde	UFCE	2002	Maria Lúcia Magalhães Bosi
		Laboratório interdisciplinar de saúde coletiva, farmácia social e saúde mental infanto juvenil	UFC	2013	Ana Paula Soares Gondim
		Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde	UFC	2006	Ricardo José Soares Pontes
		Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem -	UECE	1997	Maria Saete Bessa Jorge
	PB	Saúde mental e a pratica entre vários	UFPB	2008	Zaeth Aguiar do Nascimento
	PE	Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas	UFPE	2009	Roberta Salazar Uchôa
	RN	Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva	UFRN	2010	Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
	Sudeste	ES	Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas	UFES	1996
MG		Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Reinserção Social	UFSJ	1990	Marina de Bittencourt Bandeira
		Laboratório de Grupos, Instituições e redes sociais	UFMG	2003	Izabel Christina Friche Passos
		Laboratório de Pesquisas em Personalidade, Álcool e Drogas	UFJF	1999	Mário Sérgio Ribeiro
		Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Galba Velloso	FHEMIG	2008	Fernando Madalena Volpe
		Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Psicanálise e Saúde Mental	UNIFENAS	2009	Vânia Beatriz Conde Moraes
		Saúde Mental, Álcool, Crack e Outras Drogas	UNIMONTES	2012	Aparecida Rosângela Silveira
RJ		Atenção Psicossocial em Saúde Mental	UFRJ	2002	Maria Tavares Cavalcanti
		Grupo de Pesquisa Clínica em Psicanálise	UFRJ	1997	Ana Cristina Costa de Figueiredo
		Laboratório de Avaliação de Serviços e Qualidade de Vida em Saúde Mental	UFRJ	1996	Maria Tavares Cavalcanti
		Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	FIOCRUZ	1992	Paulo Amarante
		Laboratório de Investigação das Psicopatologias Contemporâneas -	UFF	2011	Cláudia Henschel de Lima
		Laboratório de Pesquisas de Praticas de Integralidade em Saúde	UERJ	2004	Roseni Pinheiro
	Laboratório de pesquisas epidemiológicas em saúde mental	UFRJ	2002	Lúcia Abelha Lima	

Região	UF	Nome do grupo	Sigla	Ano	Lider	
Centro Oeste	MT	Núcleo de Estudos em Saúde Mental do Mato Grosso	UFMT	2007	Samira Reschetti Marcon	
Norte	AM	Gerenciamento em Enfermagem e Saúde Coletiva	UFAM	2002	David Lopes Neto	
		Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde	UFAM	2004	Sandra Greice Becker	
Nordeste	AL	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno	UFAL	2008	Maria Cicera dos Santos de Albuquerque	
		Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais	UFAL	2002	Rosa Lúcia Prêdes Trindade	
	BA	Núcleo de Estudos e Pesquisas em saúde e cidadania	UCSAL	2012	Ana Pitta	
	CE	Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Práticas de Saúde	UFC	1988	Violante Augusta Batista Braga	
		Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde	UFCE	2002	Maria Lúcia Magalhães Bosi	
		Laboratório interdisciplinar de saúde coletiva, farmácia social e saúde mental infante juvenil	UFC	2013	Ana Paula Soares Gondim	
		Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde	UFC	2006	Ricardo José Soares Pontes	
			Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem -	UECE	1997	Maria Salete Bessa Jorge
	PB	Saúde mental e a pratica entre vários	UFPB	2008	Zaeth Aguiar do Nascimento	
	PE	Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas	UFPE	2009	Roberta Salazar Uchôa	
	RN	Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva	UFRN	2010	Francisco Arnaldo Nunes de Miranda	
			Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde	UFRJ	2009	Emerson Mehy
			Núcleo de Pesquisa: ensino, criatividade e cuidado em saúde e enfermagem	UFF	2000	Claudia Mara de Melo Tavares
			Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental	UFRJ	1996	Pedro Gabriel Godinho Delgado
	SP		Enfermagem e as políticas de saúde mental	USP	2000	Sônia Barros
			Grupo de Estudo da Assistência à Saúde Mental da Baixada Santista	UNISANTOS	2001	Denise Martin Coviello
			Grupo de estudos e pesquisa em segurança do paciente	USP	2008	Maria Helena Larcher Caliri / Carmen Silvia Gabriel
			Grupo de estudos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental	USP	1991	Toyoko Saeki
			Laboratório de avaliação	Unifesp Baixada	2010	Juarez Furtado
			Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental	USP	1988	Ana Pitta
			Núcleo de Investigações Clínicas e Epidemiológicas	UNIFESP	1986	Jair de Jesus Mari
		Núcleo de Pesquisa do Laboratório de Saúde Mental Coletiva	USP	2006	Alberto Olavo Advincula Reis	
		Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces	Unicamp	2003	Rosana Teresa Onocko-Campos	
		Saúde Mental (Psiquiatria e Psicologia) -	UNESP	2002	Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira	
Sul	RS	Enfermagem, Saúde Mental e Saúde Coletiva	UFPEL	2000	Luciane Prado Kantorski	
		Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental-	UFRGS	2006	Leandro Barbosa de Pinho	
		Promoção e Prevenção em Saúde Mental	ULBRA	2014	Alice Hirdes	

Região	UF	Nome do grupo	Sigla	Ano	Lider
Centro Oeste	MT	Núcleo de Estudos em Saúde Mental do Mato Grosso	UFMT	2007	Samira Reschetti Marcon
Norte	AM	Gerenciamento em Enfermagem e Saúde Coletiva	UFAM	2002	David Lopes Neto
		Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Enfermagem e Saúde	UFAM	2004	Sandra Greice Becker
Nordeste	AL	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas Austregésilo Carrano Bueno	UFAL	2008	Maria Cicera dos Santos de Albuquerque
		Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais	UFAL	2002	Rosa Lúcia Prêdes Trindade
	BA	Núcleo de Estudos e Pesquisas em saúde e cidadania	UCSAL	2012	Ana Pitta
	CE	Grupo de Pesquisa sobre Políticas e Práticas de Saúde	UFC	1988	Violante Augusta Batista Braga
		Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde	UFCE	2002	Maria Lúcia Magalhães Bosi
		Laboratório interdisciplinar de saúde coletiva, farmácia social e saúde mental infanto juvenil	UFC	2013	Ana Paula Soares Gondim
		Núcleo de Estudos em Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde	UFC	2006	Ricardo José Soares Pontes
		Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem -	UECE	1997	Maria Salete Bessa Jorge
	PB	Saúde mental e a pratica entre vários	UFPB	2008	Zaeth Aguiar do Nascimento
	PE	Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas	UFPE	2009	Roberta Salazar Uchôa
	RN	Ações promocionais e de atenção a grupos humanos em saúde mental e saúde coletiva	UFRN	2010	Francisco Arnoldo Nunes de Miranda
		Rede Interinstitucional de Pesquisas HUMANIZASUS	UFRGS	2009	Simone Mainieri Paulon
	SC	Clínica da atenção psicossocial e uso de álcool e outras drogas	UFSC	2014	Daniela Ribeiro Schneider
		Políticas públicas de saúde/saúde mental	UFSC	2002	Walter Ferreira de Oliveira

B2. Projetos de Pesquisa por perspectiva avaliativa

1 – Indicadores de satisfação, sobrecarga e impacto

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	CE
A experiência de morar fora	Desinstitucionalização	FIOCRUZ	RJ
A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental	RAPS	Outros	
Acompanhamento Farmacoterapêutico de pacientes em Uso de Antidepressivos Atendidos pelo CAPS: descrição e avaliação	Atenção Psicossocial	UFC	CE
Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de um hospital público do Pará	Atenção Hospitalar	UFPA	PA
Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial	Atenção Básica	Unicamp	SP
Avaliação da eficiência da rede de atenção a saúde mental e da resolutividade do Caps ad	Atenção Psicossocial	Outros	
Avaliação da implantação do Centro de Atenção Psico-Social em Cataguases - MG	Atenção Psicossocial	Outros	MG
Avaliação da mudança percebida e da satisfação de usuários de caps ad	Atenção Psicossocial	UFSC	
Avaliação da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Saúde Mental	Ambulatório de Saúde Mental	USP	SP
Avaliação da qualidade de vida e presença de sintomas depressivos em usuários de drogas ilícitas nos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Mato Grosso	Atenção Psicossocial	UFMT	MT
Avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental de Niterói	Desinstitucionalização	UFRJ	RJ
Avaliação da satisfação da equipe e impacto do trabalho em serviços de saúde mental,	Especializado	UFRJ	RJ
Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre	Atenção Psicossocial	UFAC	AC
Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM)	Atenção Psicossocial	UFJF	MG
Avaliação das necessidades de pacientes com transtornos mentais graves atendidos em centros comunitários de atenção psicossocial,	Atenção Psicossocial	UNISANTOS	SP
Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família	Atenção Básica	Outros	
Avaliação do impacto da implantação do Centro de Atenção Psicossocial ad de São Carlos	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Avaliação global das necessidades individuais de usuários e dos serviços de álcool e outras drogas	RAPS	USP	
Avaliando a qualidade de serviços de saúde mental, na perspectiva dos pacientes, familiares e profissionais	Atenção Psicossocial	UFSJ	
Critical Time Intervention	RAPS	UFRJ	
Desenvolvimento de instrumento para estudo das condições de moradias de portadores de transtorno mental grave no estado de São Paulo	Desinstitucionalização	Unifesp Baixada	SP
Escala brasileira de satisfação e sobrecarga em serviços de saúde mental	RAPS	UFSJ	MG; RJ

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Integrando a percepção dos pacientes na avaliação de serviços de saúde mental	RAPS	UFSJ	
O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional	RAPS	Outros	
Políticas públicas e processo de trabalho em saúde mental	RAPS	USP	
Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas	RAPS	Outros	
Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental	RAPS	UFRJ	RJ
Satisfação dos profissionais da rede de saúde mental e da rede básica	RAPS	UECE	CE
Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos	RAPS	UFSJ	
Tradução e adaptação transcultural	RAPS	USP	
Transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores	Atenção Psicossocial	USP	
Um Estudo dos Níveis de Satisfação e Repercussão sobre a Qualidade de Vida de Clientes e Familiares em Serviços de Saúde Mental	Atenção Psicossocial	USP	RJ; SP
Validação transcultural da Escala de Avaliação de Limitações no Comportamento Social - SBS-BR,	Especializado	UFRJ	RJ
Validação transcultural das escalas: SNS e CAMI em pacientes psiquiátricos de longa permanência	Desinstitucionalização	UFRJ	
Validação Transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente para Pacientes Psiquiátricos - (ILSS-BR),	Desinstitucionalização	UFRJ	RJ
WHO-SATIS	RAPS	USP	

2 - Indicadores de Recursos, Contexto, Estrutura

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
A assistência à saúde mental em unidades de Saúde da Família no município de Cuiabá	Atenção Básica	UFMT	MT
A importância da auditoria municipal (SUS) para a qualidade da atenção em saúde mental no CAPS	Atenção Psicossocial	Outros	PE
A rede de assistência em saúde mental: centros de convivência	Atenção Básica	UNIFENAS	MG
A rede de atenção primária como elo de integração da saúde mental, com ênfase no matriciamento	Atenção Básica	UECE	CE
Acessibilidade em uma complexa rede substitutiva de cuidado em saúde mental - o caso de Campinas.	RAPS	UFRJ	SP
Acessibilidade na atenção à crise na rede substitutiva de cuidado em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro.	Urgência/Emergência	UFRJ	RJ
Acessibilidade na rede substitutiva de cuidado em saúde mental no interior do estado do Rio de Janeiro	RAPS	UFRJ	RJ
Análise dos dispositivos de saúde mental em municípios do Vale do Paraíba	RAPS	USP	SP
Arte e Saúde Mental: mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste	Reabilitação Psicossocial	Outros	MG; ES; RJ; SP
Assistência à Saúde Mental em Hospital Geral Universitário	Atenção Hospitalar	UFMT	MT
Avaliação da Estrutura dos CAPS de São Paulo	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Avaliação da inserção das ações de saúde mental no Programa Saúde da Família	Atenção Básica	ULBRA	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental	RAPS	UFAL	AL
Avaliação da organização da rede de atenção em saúde mental	RAPS	Outros	
Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS	Desinstitucionalização	Unicamp	
Avaliação de serviços e qualidade de vida em saúde mental.	Atenção Psicossocial	UFRJ	RJ
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo	Atenção Psicossocial	USP	SP
Avaliação dos fatores que interferem na inclusão familiar dos centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte: a terapia comunitária como estratégia de mudança	Atenção Psicossocial	UFRN	RN
Avaliação Econômica das Residências Terapêuticas da Cidade de São Paulo	Desinstitucionalização	UNISANTOS	SP
Avaliação econômica do tratamento da esquizofrenia com antipsicóticos no Sistema Único de Saúde	RAPS	Outros	
Avaliação qualitativa da rede de serviços de saúde mental para atendimento a usuários de crack	RAPS	UFRGS	RS
Cartografando (en)(con) tros na atenção psicossocial: engendrando redes de trabalho afetivo na gestão	RAPS	UFPEL	
Cartografia das Experiências Culturais no Campo da Saúde Mental e Análise do Impacto dos Projetos Culturais na Vida das Pessoas em Sofrimento Psíquico	Reabilitação Psicossocial	FIOCRUZ	
Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura	RAPS	Outros	MG; RJ; SP
Construção e desconstrução de demandas: uma cartografia da rede de saúde mental infanto-juvenil da cidade de Belo Horizonte.	Atenção Psicossocial	UFMG	MG
Custo-efetividade dos antipsicóticos atípicos no Estado do Rio Grande do Norte	RAPS	UFRN	RN
Desenho e implantação de um sistema e informação para o serviço de saúde mental do município de Guapimirim	RAPS	Outros	
Diagnóstico da situação dos serviços de atendimento à Saúde Mental no Estado do Rio de Janeiro no processo de mudança para o novo modelo,	RAPS	UFRJ	RJ
Diagnóstico situacional da atenção à Saúde Mental na Bahia: repensando as práticas	RAPS	Policy maker	BA
Diagnóstico da rede de enfrentamento ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas por crianças e adolescentes e formação para ações estratégicas	RAPS	UFMG	MG
Dimensões organizacionais de dois Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior de São Paulo	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Dispositivos de Cuidado em Saúde Mental no Território: Percepções das pessoas em Sofrimento Psíquico	RAPS	UESB	BA
Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares	RAPS	Outros	RJ
Estudos avaliativos sobre a demanda e adequação da oferta de cuidado em saúde mental no SUS	Desinstitucionalização	UERJ	AC
Mapeamento, identificação e análise da Rede de Atenção Psicossocial para enfrentamento do álcool, crack e outras drogas em Parnaíba-Piauí	RAPS	Outros	PI
Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar	RAPS	Outros	SP

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Pesquisa avaliativa em saúde mental: a regulação da porta de entrada nos CAPS	Atenção Psicossocial	Unicamp	SP
Rede Ampliada em Saúde Mental para infância e adolescência,	RAPS	UFRJ	RJ
Rede de atenção e apoio social ao dependente químico: mapeamento do município de Fortaleza - Ceará	RAPS	UFC	CE
Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde	RAPS	Outros	
Rede de Saúde Mental: Avaliando a Realidade Capixaba, D	RAPS	UFES	ES
Relação da Arte com o Campo da Saúde Mental: mapa da Região Sudeste	Reabilitação Psicossocial	UFSJ	MG; RJ; SP
Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local	RAPS	Outros	RJ
Um estudo de caso da implementação de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas no Rio de Janeiro 2009-2010	Atenção Psicossocial	Outros	RJ

3 - Indicadores de Processos

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
A abordagem grupal como tecnologia de trabalho dos enfermeiros em saúde mental	Atenção Psicossocial	UFMT	MT
A articulação entre os serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil	RAPS	Outros	SP
A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais no PSF e CAPS	Atenção Psicossocial	UFBA	BA
A experiência de familiares no cuidado em saúde mental	Atenção Básica	Outros	RN
A gestão autônoma da medicação ; uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental	RAPS	Outros	
A gestão autônoma da medicação numa experiência com usuários militantes da saúde mental	RAPS	Unicamp	
A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	PE
A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais	Atenção Psicossocial	Outros	
A intersubjetividade	Atenção Psicossocial	Unicamp	SP
A nova cronicidade dos novos serviços de atenção psicossocial	RAPS	FIOCRUZ	RJ
A percepção da família sobre seu papel no contexto do cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas,	Atenção Psicossocial	UESB	BA
A Percepção dos Usuários do CAPS II e de seus Familiares quanto à Influência das Oficinas Terapêuticas no seu Tratamento	Atenção Psicossocial	UNIMONTES	MG
A prática e saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem	Especializado	UFPR	PR
A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo	Especializado	Outros	
A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	RJ
A saúde mental na atenção Básica: um diálogo necessário	Atenção Básica	UFMG	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
A Saúde Mental na Atenção Básica Sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização	Atenção Básica	Unicamp	SP
A tessitura da rede de saúde mental no Distrito Sanitário da Liberdade: o matriciamento como fio condutor	RAPS	UFBA	BA
A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um CAPS	Atenção Psicossocial	Outros	
Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial	Atenção Básica	Outros	CE
Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites	Atenção Básica	USP - Ribeirão	CE
Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde de Família: intenções de equipes e expectativas e usuários e familiares	Atenção Básica	Outros	RS
Acompanhamento Farmacoterapêutico aos Pacientes Atendidos no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II/STM	Atenção Psicossocial	Fac Pará	PA
Admissão e envolvimento terapêutico em saúde mental: mão ou contramão de um mesmo processo?	Atenção Psicossocial	Outros	MG
Ambiência na Atenção Psicossocial Infante-Juvenil: um estudo no CAPSi	Atenção Psicossocial	UFES	ES
Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial (caps) do estado de Mato Grosso	RAPS	UFMT	MT
Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade	Atenção Básica	Outros	CE
Apoio Matricial em Saúde Mental: a perspectiva dos profissionais das UBS tradicionais.	Atenção Básica	ULBRA	RS
Apoio matricial no município de Sobral, o relato de uma experiência	Atenção Básica	Outros	
Articulando experiências, produzindo sujeitos e incluindo cidadãos: um Estudo sobre as novas formas de cuidado em saúde mental na Bahia e em Sergipe, Brasil	Atenção Psicossocial	UFBA	SE; BA
As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa de saúde da família	Atenção Básica	Outros	
As expectativas dos usuários e as intenções dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	SC
As oficinas terapêuticas como recurso no processo de desinstitucionalização e inclusão social na assistência em Saúde Mental	Reabilitação Psicossocial	UFPB	PB
Atenção à crise em Saúde Mental: clínica, planejamento e gestão	Urgência/Emergência	Outros	
Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia de saúde da família	RAPS	Outros	RS
Atividades terapêuticas: compreensão de familiares e profissionais de um centro de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	SC
Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos serviços.	Atenção Psicossocial	UFES	CE; RN; BA
Avaliação da assistência na perspectiva dos profissionais	Atenção Psicossocial	UFRN	RN
Avaliação da Operação dos Centros de Atenção Psicossocial na Perspectiva da Promoção da Saúde	Atenção Psicossocial	UFF	RJ
Avaliação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família	Atenção Básica	UFRGS	RS

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia de Saúde da Família	Atenção Básica	Outros	RS
Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial	Reabilitação Psicossocial	UFF	
Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária a saúde	Atenção Básica	Outros	
Avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFs	Atenção Básica	Unifesp Baixada	SP
Avaliação dos Serviços de Saúde Mental: o olhar dos profissionais de saúde, usuários e familiares	RAPS	UECE	
Avaliar a assistência em saúde mental prestada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III no município de Caicó/RN	Atenção Psicossocial	Outros	RN
Cada caps é um caps: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família	Atenção Básica	Outros	
Compreendendo a questão da saúde mental e o uso de serviços por parte de crianças e adolescentes em três comunidades brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro e Ceará.	RAPS	UNISANTOS	CE; RJ; SP
Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade	Atenção Psicossocial	Outros	RS
Concepções e intervenções com famílias na atenção em saúde mental e a garantia de proteção aos portadores de transtornos mentais	RAPS	UFAL	AL
Condições de acolhimento e resolutividade de problemas de saúde mental infanto juvenil na Estratégia de Saúde da Família	Atenção Básica	USP	SP
Considerações éticas supervisor	RAPS	Outros	
Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ	Atenção Psicossocial	UFRJ	RJ
Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental	RAPS	Outros	SP
Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão	Atenção Psicossocial	Outros	RJ
Desinstitucionalização e abordagens psicossociais no território: uma investigação das demandas e práticas de cuidado em saúde mental na ESF no município do Rio de Janeiro,	Atenção Básica	UFMG	RJ
Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado do serviço residencial terapêutico	Desinstitucionalização	Outros	RN
Detecção e tratamento de transtornos mentais em atenção primária: Estudo de intervenção em médicos e estudantes que atuam em Unidades Básicas de Saúde	Atenção Básica	UCPel	RS
Dialogando com adolescentes sobre a adesão ao tratamento no centro de atenção psicossocial álcool e drogas adolescer de Cuiabá: valorizando a construção de políticas participativas	Atenção Psicossocial	USP	MT
Dispositivos de empoderamento em saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial	RAPS	Outros	
Dispositivos de Empoderamento em Saúde Mental em um Centro de Atenção Psicossocial no Brasil	Atenção Psicossocial	UFSC	
Dispositivos existenciais de cuidado em saúde mental: percepção de pessoas em sofrimento psíquico	Atenção Psicossocial	Outros	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Encontros e desencontros: a Estratégia de Saúde da Família em sua relação com a rede de serviços e dispositivos substitutivos em saúde mental	RAPS	Outros	SP
Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés	Atenção Básica	Outros	RJ
Estudo Do Uso Racional Medicamentos Por Usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS VI	Atenção Psicossocial	Outros	
Estudos referentes a Serviços Residenciais Terapêuticos	Desinstitucionalização	UFRJ	
Experiência e transmissão: o projeto Insere como articulador de reabilitação psicossocial no campo da saúde mental	RAPS	Outros	
Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário	RAPS	UFRJ	BA; RJ; SP
Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Experiências das famílias com usuários atendidos nos dispositivos de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Experiências de famílias com usuários atendidos em dispositivos de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Famíliares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental	RAPS	Outros	
Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para enfermagem psiquiátrica comunitária	Atenção Psicossocial	Outros	
Gestão do cuidado e a atenção clínica em saúde e enfermagem no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família e centros de Atenção Psicossocial	RAPS	UECE	CE
Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária a saúde: dificuldades a serem superadas	Atenção Básica	Outros	MG
Integralidade e humanização e saúde mental: experiências de usuários em dois Centros de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	CE
Internação em hospital psiquiátrico: o descaminho para vivência do cotidiano e inserção social	Especializado	Outros	
Internamento por crack perfil dos usuários e padrão de assistência em hospital geral	Atenção Hospitalar	Outros	CE
Intervenções terapêuticas de caráter interdisciplinar para tratamento de transtornos mentais comuns (síndromes depressivas e ansiosas) em unidades do programa de saúde da família	Atenção Básica	UERJ	
Manejo de transtornos mentais no CAPS i - o cuidado clínico à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico	Atenção Psicossocial	UECE	CE
Micropolítica e processos de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial: experiências intersubjetivas dos trabalhadores	Atenção Psicossocial	UFCE	
Modelos técnico assistenciais e atuação do psiquiatra no campo da atenção primária no contexto atual do SUS	Atenção Básica	Outros	
Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica	RAPS	Outros	
Necessidades e práticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: avaliação da demanda e adequação da oferta de cuidado	Desinstitucionalização	UERJ	RJ
Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Cuidado em Saúde Mental: Interfaces com a Atenção Básica	Atenção Básica	UFCE	CE
O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces	Atenção Básica	Outros	
O apoio matricial de saúde mental na rede básica de Campinas	Atenção Básica	Outros	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários	Atenção Psicossocial	Outros	RS
O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa no campo da saúde mental	RAPS	Outros	
O cotidiano do cuidado em saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte	Atenção Psicossocial	Outros	MG
O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas	Atenção Psicossocial	Outros	
O estatuto de tratamento do ato clínico praticado em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil: investigação, verificação e demonstração de sua eficácia	Atenção Psicossocial	UERJ	RJ
O fenômeno revolving door ; um desafio à reforma psiquiátrica	RAPS	Outros	RJ
O processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica	RAPS	Outros	RS
O processo de trabalho do enfermeiro nos CAPS: um estudo em Mato Grosso	Atenção Psicossocial	UFMT	MT
O processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso	Atenção Psicossocial	UFMT	MT
O trabalho como estratégia de reinserção social para pessoas com transtorno mental	Reabilitação Psicossocial	UFPE	PE
O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores	RAPS	Outros	
O trabalho gerencial e assistencial de enfermagem em saúde mental em centro de atenção psicossocial, Manaus, Brasil,	Atenção Psicossocial	UFAM	AM
O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado	RAPS	Outros	
Oficinas de saúde mental: história e função	RAPS	Outros	MG
Oficinas Terapêuticas em saúde mental: instrumento de reabilitação psicossocial	Reabilitação Psicossocial	UFRGS	PI
Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental	Atenção Básica	Outros	
Organização das práticas de saúde mental no ceara na produção do cuidado integral: dilemas e desafios,	RAPS	UECE	CE
Organização do serviços de Saúde Mental: Humanização, acessibilidade	RAPS	UECE	CE
Os CAPS como Modelo de Cuidado em Saúde Mental,	Atenção Psicossocial	UFC	
Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
Os Centros de Atenção Psicossocial Infantis no Estado de São Paulo	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Os efeitos dos cursos de formação continuada e contextualizada para os trabalhadores de saúde mental do estado da Paraíba	RAPS	UFCG	PB
Os grupos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Estado do Espírito Santo	Atenção Psicossocial	UFES	ES
Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS i) do município de São Paulo	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Papéis e funções dos profissionais de auxiliares e técnicos de enfermagem de saúde mental no Estado do Rio Grande do Norte	RAPS	UFRN	RN

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra hospitalares de saúde mental	RAPS	Outros	RS
Percepção dos trabalhadores de saúde mental do CAPS ad sobre Oficinas Terapêuticas,	Atenção Psicossocial	UNIMONTES	MG
Perspectivas para a vida adulta entre jovens acompanhados em um caps adulto na cidade de São Paulo	Atenção Psicossocial	UNISANTOS	SP
Pesquisa Avaliativa de Saúde Mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psico fármacos e formação de recursos humanos	RAPS	Unicamp	
Pesquisa avaliativa sobre o atendimento a autistas na rede de CAPSi da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Atenção Psicossocial	UFRJ	RJ
Pesquisa Saúde Mental - acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas	Atenção Psicossocial	UFRJ	SP
Práticas de cuidado num CAPS do Pará	Atenção Psicossocial	UFPA	PA
Práticas Inovadoras do cuidado em Saúde Mental	RAPS	USP - Ribeirão	
Práticas Inovadoras e Desinstitucionalização: Analisando um movimento comunitário em Saúde Mental no Nordeste do Brasil	RAPS	UFCE	
Predominância da tecnologia médico-clínica sobre ações de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental	RAPS	Outros	
Produção da atenção a Saúde e suas articulações com as linhas de cuidado do SUS e a rede Assistencial de Saúde Mental	RAPS	Outros	
Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas,	RAPS	UESB	BA
Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado da rede de atenção à saúde mental e sua de articulação com a Estratégia Saúde da Família	Atenção Básica	Outros	
Projetos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS i)do município de São Paulo na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
Promoção da saúde mental: tecnologias do cuidado	RAPS	Outros	
Qualidade, Integralidade e Humanização na Rede de Atenção Psicossocial: Estudo Avaliativo Multidimensional	RAPS	UFCE	
Reabilitação Psicossocial: novas tecnologias de intervenção no sofrimento psíquico	RAPS	ULBRA	RS
Redes de sociabilidade: construções a partir do serviço residencial terapêutico	Desinstitucionalização	Outros	RS
Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental	Atenção Psicossocial	Outros	
Residência Terapêutica: inclusão social na Reforma Psiquiátrica,	Desinstitucionalização	UNIFENAS	MG
Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental	Atenção Básica	Outros	CE
Saberes e práticas dos trabalhadores produção do cuidado em saúde na rede de serviços de Saúde Mental e Atenção Básica	RAPS	UECE	
Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família como estão atuando os enfermeiros	Atenção Básica	Outros	RN
Saúde mental e trabalho interdisciplinar ; a experiência do Candido Ferreira em Campinas	RAPS	Outros	SP
Saúde mental em hospital público: o olhar doe profissionais médicos do município do Rio de Janeiro	Atenção Hospitalar	Outros	
Saúde mental na atenção primária: avaliação sob a ótica dos usuários	Atenção Básica	Outros	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial	Atenção Básica	Outros	
Saúde Mental no Contexto do Programa de Saúde da Família: Representações sociais de usuários e familiares	Atenção Básica	Outros	
Sistematização da Assistência de Enfermagem a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias	Atenção Psicossocial	Outros	
Suporte familiar e problemas de saúde mental na população atendida no Programa de Saúde da Família de Cuiabá-MT	Atenção Básica	UFMT	MT
Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia	Atenção Psicossocial	Outros	CE
Trabalhadores de saúde mental: análise discursiva crítica da prática no contexto da reforma psiquiátrica,	Atenção Psicossocial	UFRGS	RS
Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos da rede de saúde do município de porto alegre	RAPS	Outros	RS
Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Transtornos mentais comuns e consumo de psicofármacos em um município do interior paulista	RAPS	Outros	SP
Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Um olhar sobre a atenção psicossocial a partir do itinerário terapêutico de adolescentes em crise	Urgência/Emergência	Outros	RJ
Uso de Serviços por Crianças e Adolescentes com Problemas de Saúde Mental Atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF)	Atenção Básica	UNESP	
Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Gerog Gadamer	Atenção Psicossocial	Outros	CE

4 - Indicadores de Resultados

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
A morada da autonomia: As estratégias de inserção social do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira-SP.	Desinstitucionalização	UNISANTOS	SP
A segurança de pessoas com transtornos mentais na terapêutica medicamentosa - Fase 1	Atenção Psicossocial	USP	SP
Assistência à saúde mental no amazonas: análise de demanda e produção	RAPS	UFAM	AM
Assistência à Saúde Mental no modelo da APS: Avaliação do Sistema Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora	RAPS	UFJF	MG
Avaliação da aderência de pacientes no CAPS	Atenção Psicossocial	Outros	
Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial por meio do perfil de seus usuários	Atenção Psicossocial	Outros	
Avaliação epidemiológica e georeferenciada da assistência em saúde mental dos hospitais psiquiátricos públicos da região metropolitana de Belo Horizonte	Especializado	FHEMIG	MG
Caracterização da demanda de um ambulatório de saúde mental	Ambulatório de Saúde Mental	USP	SP
Caracterização da população atendida na Central de Vagas de Psiquiatria do Município de Cuiabá	Urgência/Emergência	UFMT	MT
Caracterização demográfica de usuários do ambulatório de saúde mental de Santa Maria – RS	Ambulatório de Saúde Mental	Outros	RS

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Caracterização do Perfil dos usuários de crack, álcool e outras drogas nos serviços de saúde mental de JP e Cabedelo	RAPS	UFPB	PB
Caracterização dos usuários do atendimento psicológico do Ambulatório de Saúde Mental de Birigui	Ambulatório de Saúde Mental	Outros	SP
Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta	Atenção Psicossocial	Outros	RS
Caracterização Epidemiológica Sociodemográfica dos Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil do Estado de São Paulo	Atenção Psicossocial	USP	SP
Censo de pacientes crônicos da Colônia Juliano Moreira	Desinstitucionalização	UFRJ	RJ
Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo	Desinstitucionalização	USP	SP
Condições de vida e de saúde mental da População Pataxó: Um estudo etnoepidemiológico na aldeia de Coroa Vermelha	RAPS	UFBA	BA
Custos e qualidade de vida de duas populações - moradores de residências terapêuticas e paciente de longa permanência de hospitais psiquiátricos do município de Recife: um estudo exploratório	Desinstitucionalização	Outros	PE
Desenvolvimento do sistema de informação na gestão e cuidado no serviço de farmácia clínica na rede de Saúde Mental em Fortaleza-CE	RAPS	UFC	CE
Diagnóstico epidemiológico de saúde mental no Centro de Apoio Psicossocial - CAPS-G/SERIII/HWC/UFC/CEARÁ/BRASIL	Atenção Psicossocial	UFC	CE
Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia , Ceará , Brasil	Atenção Básica	Outros	CE
Evolução das causas de internação de saúde mental no SUS do Estado de São Paulo	Especializado	Policy maker	SP
Factor associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center, Belo Horizonte	Atenção Psicossocial	Outros	MG
Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do sistema municipal de saúde	RAPS	Outros	
Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no Estado de São Paulo	RAPS	Outros	SP
Morada São Pedro: A Outra Face da Exclusão? Uma etnografia da inclusão social de doentes mentais desospitalizados	Desinstitucionalização	UNISANTOS	RS
Perfil de Clientela, levantamento de demandas e práticas de intervenção psicossociais em grupos, organizações, instituições e comunidades de São João del-Rei e arredores: criação de Banco de dado	RAPS	UFMG	MG
Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro	Especializado	Outros	RJ
Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena	RAPS	USP	SP
Perfil epidemiológico dos transtornos mentais do município de Jequié-BA.	RAPS	UESB	BA
Perfil epidemiológico dos transtornos mentais e comportamentais nos municípios da microregião de Criciúma/SC	RAPS	Outros	SC
Perfil epidemiológico dos usuários atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas do Município de Cuiabá-MT	Atenção Psicossocial	UFMT	MT
Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE	RAPS	Outros	CE
Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na cidade de Recife	Atenção Psicossocial	Outros	PE

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Perfil sócio demográfico dos usuários da Santa Casa de Campo Grande - MS	Atenção Hospitalar	Outros	MS
Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental (Projeto Pessoas I)	RAPS	Outros	MG
Projeto tripartite de avaliação dos casos de emergência psiquiátrica da cidade de Salvador	Urgência/Emergência	UFBA	BA
Redes que reabilitam – avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial.	Desinstitucionalização	UFPEL	RS
Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental	RAPS	Outros	
Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um centro de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Reinternações psiquiátricas no Rio Grande do Norte implicações e impacto da novas estratégias de atenção à saúde mental	RAPS	Outros	RN
Reinternações psiquiátricas: influência de variáveis sócio demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento	Especializado	Outros	
Seguimento e avaliação de uma população de pacientes psiquiátricos crônicos no RJ	Desinstitucionalização	UFRJ	RJ
Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health sistem	Especializado	Outros	SP
Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil	Atenção Psicossocial	Outros	BA
The Psychosocial Care Center on the users point of view	Atenção Psicossocial	Outros	
Transtornos mentais e comportamentais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS no estado do Rio de Janeiro período de 1990 a 2010	RAPS	Outros	RJ
Um estudo comparativo de dois serviços de saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial	Atenção Psicossocial	Outros	
Uso do Datasus para avaliação dos padrões das internações psiquiátricas	Especializado	Outros	
Utilização dos CAPS de Santos, São Paulo, Brasil	Atenção Psicossocial	Outros	SP

5 - Indicadores da Políticas e Programas

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
A avaliação da avaliação: a meta-avaliação de uma pesquisa avaliativa em andamento	Desinstitucionalização	Unifesp Baixada	
A construção identitária na adolescência em contextos violentos na perspectiva da Clínica em Saúde Mental	Ambulatório de Saúde Mental	UFRGS	RS
A Intersetorialidade nos Serviços de Assistência aos Usuários de Álcool e Outras Drogas no Município de Montes Claros	RAPS	UNIMONTES	MG
A participação social na determinação do modelo assistencial de saúde mental em Cuiabá	RAPS	UFMT	MT
A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórico-crítica e avaliativa de processo	RAPS	UFCE	CE
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.	Atenção Psicossocial	Outros	
Ações Interinstitucionais de Saúde Mental: Centro Regional de Referência em Saúde Mental - Região Centro	Atenção Psicossocial	Outros	MG
Ampliação da capacidade técnica para monitoramento e avaliação da atenção à saúde mental em Centros de Atenção	Atenção Psicossocial	Outros	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Psicossocial em Pelotas, RS:			
Auditoria do Tribunal de Contas da União	RAPS	Controle Social	
Auto-administração de medicamentos supervisionada em pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica de um hospital geral.	Atenção Hospitalar	USP	
Avaliação da assistência em saúde desenvolvida em Centros de Atenção Psicossocial do Estado de Alagoas	Atenção Psicossocial	UFAL	AL
Avaliação da assistência psiquiátrica na rede de saúde do município de Santos.	RAPS	UNISANTOS	SP
Avaliação da implantação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: um estudo de caso	RAPS	Outros	PR
Avaliação das Práticas de Reabilitação Psicossocial em CAPS de porto Alegre	Reabilitação Psicossocial	ULBRA	RS
Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial em estados Brasileiros	Atenção Psicossocial	USP	
Avaliação de Qualidade em Saúde Mental	Desinstitucionalização	FIOCRUZ	RJ
Avaliação de saúde mental: o processo de acolhimento	RAPS	Outros	SP
Avaliação de serviço de atenção médico-psicossocial a usuários do Sistema de Saúde do município de São Paulo	Atenção Psicossocial	USP	SP
Avaliação de Serviços de Saúde Mental	RAPS	FIOCRUZ	RJ
Avaliação de serviços substitutivos de Ribeirão Preto	RAPS	USP - Ribeirão	SP
Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento	Atenção Básica	UFRJ	
Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas no município de Botucatu	Atenção Psicossocial	USP	SP
Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR	Atenção Psicossocial	Outros	PR
Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro oeste do município de são paulo: a relação entre CAPS e UNS em análise	Atenção Básica	Outros	SP
Avaliação dos CAPS Santa Catarina	Atenção Psicossocial	Policy maker	SC
Avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil	Atenção Psicossocial	UFPEL	RS
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado de São Paulo - uma contribuição do CREMESP para a saúde mental na comunidade	Atenção Psicossocial	Controle Social	SP
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do Município de São Paulo	Atenção Psicossocial	USP	SP
Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil: um estudo quantitativo sobre a clínica dos CAPS (2006-2008)	Atenção Psicossocial	UFRJ	
Avaliação em Saúde Mental: o desafio da produção de indicadores para a atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	FIOCRUZ	RJ
Avaliação, monitoramento e gerenciamento de caso entre usuários de crack dos CAPS de seis capitais brasileiras,	Atenção Psicossocial	UFES	
Avaliar Redes de Atenção Psicossocial no Estado da Bahia ? RAPS em Salvador, Feira de Santana e Macaúbas	RAPS	UCSAL	BA
Capitães da Areia: consultório de rua no centro histórico de Salvador	RAPS	UCSAL	BA
Centro de Atenção Psicossocial: como o usuário vivencia o cotidiano do serviço	Atenção Psicossocial	Outros	SP
Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como modelo de cuidado em Saúde Mental: Avaliando experiências sob a ótica	Atenção Psicossocial	UFCE	CE

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
da qualidade, integralidade e humanização em um município do nordeste do Brasil			
Configuração da rede de assistência em saúde mental em município de pequeno porte: o caso de Piraiá rio de janeiro	RAPS	Outros	RJ
Desafios e progressos da reforma psiquiátrica no Amazonas	Atenção Psicossocial	UFAM	AM
Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental	RAPS	USP	RJ; SP
Discurso moderno da psiquiatria reformada	Atenção Psicossocial	Outros	
Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil	Atenção Psicossocial	Outros	
Espaço e loucura: uma análise dos espaços de cuidado na Reforma Psiquiátrica	RAPS	Outros	RJ
Estudo da viabilidade da implantação de uma unidade psiquiátrica em um hospital geral	Atenção Hospitalar	Outros	SP
Estudo de caso CAPS Profeta Gentileza	Atenção Psicossocial	UERJ	RJ
Estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Ruben Correa	Atenção Psicossocial	FIOCRUZ	RJ
Estudo dos serviços do CAPS II Leste Teresina/PI	Atenção Psicossocial	UFPI	PI
Inserção social e moradia: pesquisa avaliativa de moradias de portadores de transtorno mental grave	Desinstitucionalização	Unicamp	MG; SP; GO
Intervenções de saúde mental para dependentes e álcool e outras drogas ; das políticas a prática cotidiana	RAPS	Outros	
Investigação sobre os efeitos discursivos da "capsização" da atenção à saúde mental: avaliação qualitativa dos processos de institucionalização do modelo caps	Atenção Psicossocial	UFMG	MG
Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil	RAPS	Outros	
Mental - esf	Atenção Básica	UFRGS	
Modelo Comunitário em Saúde Mental: pesquisa, avaliação e qualificação da rede de CAPS dos Estados de MG/ES/RJ,	Atenção Psicossocial	UFRJ	MG; ES; RJ
Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os caps	Atenção Psicossocial	Outros	SP
o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro	Atenção Psicossocial	FIOCRUZ	RJ
O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex internas e seus familiares	Desinstitucionalização	Outros	RJ
O processo de construção do campo psicossocial na política de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado	RAPS	Outros	
Operando em rede no modo de atenção psicossocial: suas potencialidades	Atenção Psicossocial	UFPEL	
Organização da rede regional de saúde e sua interface com a saúde mental no Estado do Ceará: dimensão política, econômica, social, organizacional, tecnológica e simbólica	RAPS	UECE	CE
Os caps e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do sul do Brasil	Especializado	UCPel	RS
Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização	RAPS	Outros	

Nome do projeto	Componente	Sigla	UF
Participação de usuários de serviços de saúde mental em pesquisa: um olhar a partir dos conceitos de empowerment e recovery	RAPS	Outros	
Pesquisa Avaliação dos CAPS no Nordeste do Brasil	Atenção Psicossocial	UCSAL	
Pesquisa Avaliativa da Rede de CAPS de Campinas: entre a saúde coletiva e a saúde mental	Atenção Psicossocial	Unicamp	SP
Pesquisa avaliativa de saúde mental: indicadores para avaliação e monitoramento dos CAPS III do Estado de SP	Atenção Psicossocial	Unicamp	SP
Pesquisa de avaliação em serviços de saúde mental: uma proposta ético-estético-política	RAPS	Outros	
Pesquisa sobre avaliação de qualidade em saúde mental	RAPS	Outros	RJ
Planejamento e análise de políticas públicas em Saúde Mental	RAPS	Outros	
PNASH	Especializado	Policy maker	
Política Estadual de Saúde Mental: Narrando Estórias e Construindo a História,	RAPS	UFES	ES
Programa de Reabilitação Psicossocial para Pacientes com Transtornos Mentais Maiores em Situação de Rua,	RAPS	UFRJ	
Saúde mental na atenção básica: as relações entre a subjetividade e o território	Atenção Básica	Outros	SP
Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira	Atenção Básica	Unicamp	SP
Saúde Mental no Amazonas: análise dos serviços dos centros de atenção psicossocial	Atenção Psicossocial	UFAM	AM
Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS Brasil	RAPS	Outros	RS
Seminário Internacional de Saúde Mental: Inovações em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária	RAPS	Outros	
Serviços Residenciais Terapêuticos do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o serviço social: a busca pela desinstitucionalização e autonomia dos usuários	Desinstitucionalização	Outros	PR
Situação dos Centros de Atenção Psicossocial no SUS nas regiões de saúde do Estado de São Paulo em 2012	Atenção Psicossocial	Policy maker	SP
The mental health system in Brazil: policies and future challenges	RAPS	Outros	
Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no Estado de São Paulo	RAPS	Outros	SP
Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida	RAPS	Outros	
Violência Sexual e Saúde Mental: análise dos programas de atendimento a homens autores de violência sexual	RAPS	Outros	
Violência, Juventude e Saúde Mental	RAPS	UFRJ	BA; RJ

APÊNDICE C - Resumo executivo

C.1. Colaboradores

Função	Nome
coordenação	Ileno Izídio Costa
	Tânia Maris Grigolo
assessoria técnica	Miriam Senghi Soares
	Nilton Moreira
	Soemes Dias
pesquisadores	Carolina de Sousa Malcher
	Daiane Gasparetto da Silva
	Daianny Garcia do Nascimento
	Eunice Fátima Pedreira
	Ioneide de Oliveira Campos
	João Jorge Neto
	Jorcelino Gontijo Ferreira Junior
	José de Arimateia Rodrigues Reis
	Larissa Rodrigues Moreira
	Lívia de Oliveira Cunha Reis
	Luciana Assi de Lima
	Luciane Bonfim de Oliveira Almeida
	Márcia Landini Totugui
	Márcia Roberta de Oliveira Cardoso
	Maria Beatriz Almeidinha Maia
	Marylia Glenda Lopes de Sousa
	Rafaele Habib Souza Aquime
	Renata Cristina Giroto Ferreira da Silva
	Silvia Segóvia Araújo Freire
	Tatiane Angeli Póvoas Cuiabano
	Valdelice Nascimento de França
	Valéria Cristina Avari
	Yasmim Bezerra Magalhães
bolsistas	Gabriella Elisa Dias da Costa
	Lívia Campos e Silva
	Luana Alcântara Fialho
	Luísa Souza Trindade
	Natália Arruda
apoiadores	Elisa Alves da Silva
	Gisele Costa Dantas e Silva
	Helione Lima Pontes
	Jeane de Cássia de Melo Leite
	Lilian Lopes Pinheiro de Lima
	Luciana Lopes
	Ruth Aly Rios Paredes

C.2. Total de dispositivos pesquisados

Regiao	UF	Executado		Não executado	Total
Centro Oeste	DF	16	100%		16
	GO	55	98%	1	56
	MS	23	88%	3	26
	MT	22	56%	17	39
	Total	116	855	21	137
Norte	AC	3	100%		3
	AM	5	24%	16	21
	AP	0	0%	4	4
	PA	41	52%	38	79
	RO	20	100%		20
	RR	8	100%		8
	TO	13	100%		13
Total	90	61%	58	148	
Total	206	72%	79	285	

Região	UF	CAPS ad	CAPS adIII	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS ij	Total
Centro Oeste	DF	5	4	1	4		2	16
	GO	6	2	29	16		2	55
	MS	4		12	5		2	23
	MT	3	1	10	4		4	22
Norte	AC		1	1	1			3
	AM			3	1	1		5
	PA	6	3	19	10	1	2	41
	RO	1		13	5		1	20
	RR	1		5	1	1		8
	TO		2	8	3			13
Total		26	13	101	50	3	13	206

C.3. Tabulação das respostas

A - Estrutura					
Território e Rede					
Mapeamento da RAPS	sim		não		Total
Ações de saúde mental na Atenção Primária	100	49%	106	51%	206
Ambulatório de Saúde Mental	5	2%	201	98%	206
Centro de Convivência	44	21%	162	79%	206
Consultório na Rua	29	14%	177	86%	206
Leito para acolhimento noturno	19	9%	187	91%	206
Leitos de saúde mental em Hospital Geral	65	32%	141	68%	206
NASF	134	65%	72	35%	206
SAMU	156	76%	50	24%	206
Serviço de urgência/emergência psiquiátrica	43	21%	163	79%	206
Serviço Hospitalar de Referência - álcool e drogas	27	13%	179	87%	206
Serviço Residencial Terapêutico	23	11%	183	89%	206
Unidade de Acolhimento	16	8%	190	92%	206
Referência para internação	sim		não		Total
hospital especializado	63	31%	143	69%	206
hospital geral	136	66%	70	34%	206
no próprio caps	16	8%	190	92%	206
Estrutura geral					
Estrutura de funcionamento	sim		não		Total
Alimentação	171	83%	35	17%	206
Dia da semana	206	100%			206
Equipe técnica	19	9%	187	91%	206
Horário de funcionamento	142	69%	63	31%	206
Armário para usuários	38	18%	168	82%	206
Manutenção	sim		não		Total
Das instalações físicas	76	37%	130	63%	206
De equipamentos	77	37%	129	63%	206
De mobiliário	48	23%	158	77%	206
De veículo	39	19%	167	81%	206
Do espaço externo	73	35%	133	65%	206
Área física					
Espaço externo	sim		não		Total
Horta	51	25%	155	75%	206
Pátio	130	63%	76	37%	206
Piscina	33	16%	173	84%	206
Quadra de Esportes	19	9%	187	91%	206
Leitos para acolhimento noturno	sim		não		Total
Enxoval	14	7%			206
Privacidade dos leitos	15	7%			206
Para o processo de trabalho	sim		não		Total
atividades administrativas	152	74%	54	26%	206
Farmácia	107	52%	99	48%	206
Posto de enfermagem	89	43%	117	57%	206
Recepção	188	91%	18	9%	206
sala para atendimento individual	192	93%	14	7%	206
sala para atividades coletivas	171	83%	35	17%	206
Sala para reuniões	106	51%	100	49%	206
Serviço de arquivo e registro	104	50%	102	50%	206
Para os trabalhadores	sim		não		Total
banheiro com vestiário	44	21%	162	79%	206
cozinha	184	89%	22	11%	206
quarto de plantão	16	8%	190	92%	206
refeitório	42	20%	164	80%	206

Para os usuários	sim		não		Total
espaço de convivência	133	65%	73	35%	206
quarto coletivo	14	7%	192	93%	206
quarto de repouso	69	33%	137	67%	206
refeitório	119	58%	87	42%	206
sala de estar	81	39%	125	61%	206
sala de jogos	34	17%	172	83%	206
sanitário para cada sexo	34	17%	172	83%	206
Financiamento					
Complementar	sim		não		Total
Editais do Ministério	63	31%	143	69%	206
verba de pronto pagamento	36	17%	170	83%	206
Esfera de gestão	sim		não		Total
estadual	99	48%	107	52%	206
federal	181	88%	25	12%	206
municipal	147	71%	59	29%	206
Recursos materiais					
Suprimento	sim		não		Total
Material para oficina	69	33%	137	67%	206
Medicação	82	40%	124	60%	206
Acesso					
Acessibilidade	sim		não		Total
Barreiras arquitetônicas	165	80%	41	20%	206
Política de Acessibilidade	40	19%	166	81%	206
Deslocamento dos usuários	sim		não		Total
passage livre	77	37%	129	63%	206
transporte realizado pelo caps	35	17%	171	83%	206
Unidade fornece passe	12	6%	194	94%	206
B - Processo					
Articulação com o território					
Controle de internações	sim		não		Total
Central de Regulação	38	18%	168	82%	206
Parcerias intersetoriais	sim		não		Total
Conselho tutelar	132	64%	74	36%	206
CRAS	161	78%	45	22%	206
CREAS	155	75%	51	25%	206
Cultura	57	28%	149	72%	206
Educação	97	47%	109	53%	206
Esporte e lazer	61	30%	145	70%	206
Parcerias no campo da saúde	sim		não		Total
Agente comunitário de saúde	113	55%	93	45%	206
Ambulatório de especialidade	55	27%	151	73%	206
Atenção básica	135	66%	71	34%	206
Consultório na rua	21	10%	185	90%	206
Estratégia de Saúde da Família	123	60%	83	40%	206
Hospital geral	93	45%	113	55%	206
Articulação com o território					
Acompanhamento da internação	sim		não		Total
contato com familiares	139	67%	67	33%	206
Controle de internações	37	18%	169	82%	206
não faz acompanhamento			206	100%	206
no local de internação	100	49%	106	51%	206
parceria com familiares	163	79%	43	21%	206
Regulação de leitos	12	6%	194	94%	206
Atividades comunitárias	sim		não		Total
Ações da comunidade	115	56%	91	44%	206
Ações na comunidade	107	52%	99	48%	206
Reunião de articulação da rede	91	44%	115	56%	206

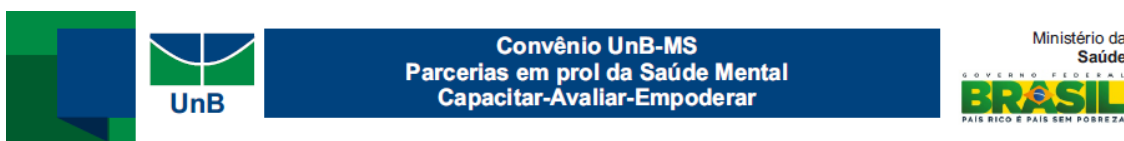
Com atenção primária em saúde	sim		não		Total
atendimento compartilhado	101	49%	105	51%	206
capacitação em saúde mental	75	36%	131	64%	206
discussão de caso	72	35%	134	65%	206
identificação de casos graves no território	83	40%	123	60%	206
identificação de uso abusivo de drogas	67	33%	139	67%	206
Matriciamento	sim		não		Total
acompanhamento de serviço residencial terapêutico	14	7%	192	93%	206
apoio matricial para atenção primária	74	36%	132	64%	206
atenção básica	98	48%	108	52%	206
hospital geral	51	25%	155	75%	206
Referência para SRT	22	11%			206
urgência/emergência	41	20%	165	80%	206
Organização da atenção em saúde					
Ações para usuários de álcool e outras drogas	sim		não		Total
abordagem de redução de danos	106	51%	100	49%	206
tratamento para tabagismo	39	19%	167	81%	206
Acolhimento inicial	sim		não		Total
é admitido imediatamente em caso de urgência/crise	125	61%	81	39%	206
é atendido sem agendamento e inicia o projeto terapêutico singular	120	58%	86	42%	206
lista de espera para o primeiro atendimento	13	6%	193	94%	206
primeiro atendimento agendado	51	25%	155	75%	206
Pronto atendimento	54	26%	152	74%	206
realiza triagem com lista de espera ou grupo de acolhimento	24	12%	182	88%	206
Avaliação inicial	sim		não		Total
clínica	100	49%	106	51%	206
psicossocial	187	91%	19	9%	206
psiquiátrica	137	67%	69	33%	206
busca ativa	sim		não		Total
alta por abandono	56	27%	150	73%	206
atendimento domiciliar	114	55%	92	45%	206
busca ativa - profissional de referencia	59	29%	147	71%	206
busca ativa - serviço social	47	23%	159	77%	206
contato através da ESF	70	34%	136	66%	206
Situação de crise	sim		não		Total
acompanhamento terapêutico	48	23%	158	77%	206
contenção física	36	17%	170	83%	206
encaminhamento para internação	165	80%	41	20%	206
reavaliação da medicação	161	78%	45	22%	206
revisão do projeto terapêutico singular	96	47%	110	53%	206
trabalho com familiares	144	70%	62	30%	206
Outros	sim		não		Total
atendimento ao jurisdicionado	105	51%	101	49%	206
situações de crise	179	87%	27	13%	206
tentativa de suicídio	176	85%	30	15%	206
urgência/emergência	76	37%	130	63%	206
usuário em situação de rua	129	63%	77	37%	206
usuário sob efeito de substâncias psicoativas	147	71%	59	29%	206
Projeto Técnico Assistencial					
Ações educativas	sim		não		Total
ações de educação em saúde	135	66%	71	34%	206
ações de prevenção de DST/AIDS	104	50%	102	50%	206
Assistência Farmacêutica	sim		não		Total
estímulo ao uso autônomo	71	34%	135	66%	206
grupo de medicação	34	17%	172	83%	206
medicação assistida	125	61%	81	39%	206

orientação/controle individualizado	163	79%	43	21%	206
Atividades de cunho terapêutico	sim		não		Total
acolhimento inicial	192	93%	14	7%	206
apoio à serviço residencial de caráter transitório	24	12%	182	88%	206
grupo terapêutico com familiares	134	65%	72	35%	206
grupo terapêutico com usuários	172	83%	34	17%	206
Atividades de reabilitação psicossocial	sim		não		Total
articulação com entidades da sociedade civil	63	31%	143	69%	206
articulação com entidades de ensino e pesquisa	73	35%	133	65%	206
articulação com órgãos do governo	65	32%	141	68%	206
atividades de incremento da escolaridade	55	27%	151	73%	206
comercialização de produtos	59	29%	147	71%	206
cursos profissionalizantes	61	30%	145	70%	206
fórum de economia solidária	7	3%	199	97%	206
parceria com incubadoras tecnológicas	3	1%	203	99%	206
Atividades em grupo	sim		não		Total
atendimento grupal	191	93%	15	7%	206
atividades de esportes e lazer	118	57%	88	43%	206
atividades de expressão	121	59%	85	41%	206
grupo operativo	49	24%	157	76%	206
oficina sobre cidadania	90	44%	116	56%	206
oficina sobre sexualidade	68	33%	138	67%	206
oficinas terapêuticas	172	83%	34	17%	206
práticas corporais	133	65%	73	35%	206
projeto de geração de trabalho e renda	60	29%	146	71%	206
Atividades externas	sim		não		Total
atividades externas	150	73%	56	27%	206
Dispositivos de cuidado	sim		não		Total
acolhimento noturno	26	13%	180	87%	206
atendimento às famílias	191	93%	15	7%	206
atendimento individual	198	96%	8	4%	206
visita domiciliar	189	92%	17	8%	206
Projeto Terapêutico Singular	sim		não		Total
atividades de habilitação social	99	48%	107	52%	206
sim, para todos os usuários	138	67%	68	33%	206
Planejamento e gestão					
Instrumentos de planejamento	sim		não		Total
orçamento	40	19%	166	81%	206
plano de ações e metas	106	51%	100	49%	206
plano municipal/estadual de saúde mental	65	32%	141	68%	206
relatório de gestão	85	41%	121	59%	206
relatório de supervisão clínico-institucional	15	7%	191	93%	206
Processo avaliativo	sim		não		Total
avaliação de desempenho	50	24%	156	76%	206
Avaliação sistemática			44	21%	206
caixa de sugestões	33	16%	173	84%	206
ouvidoria	35	17%	171	83%	206
questionário de ausculta de familiares	8	4%	198	96%	206
questionário de trabalhadores	6	3%	200	97%	206
relatório de gestão	68	33%	138	67%	206
relatório dos técnicos	55	27%	151	73%	206
reuniões de equipe	158	77%	48	23%	206
Acesso e qualidade da informação					
Controle de frequência	sim		não		Total
registro diário de atendimentos - RAAS	162	79%	44	21%	206
registro diário de atividades coletivas	136	66%	70	34%	206
registro diário de presença	156	76%	50	24%	206
registro diário do cotidiano	102	50%	104	50%	206

instrumento para avaliação global	58	28%	148	72%	206
Instrumento para Projeto Terapêutico Singular	94	46%	112	54%	206
Notificação obrigatória	sim		não		Total
agravos relacionados ao trabalho	27	13%	179	87%	206
de violência doméstica	54	26%	152	74%	206
orientação sexual	16	8%	190	92%	206
primeiro surto	96	47%	110	53%	206
registro por raça	63	31%	143	69%	206
suicídio	39	19%	167	81%	206
Organização dos prontuários	sim		não		Total
anotações legíveis	168	82%	38	18%	206
assinatura e carimbo dos profissionais	178	86%	28	14%	206
avaliação global	86	42%	120	58%	206
CID 10	173	84%	33	16%	206
descrição do estado mental	166	81%	40	19%	206
evolução clínica	182	88%	24	12%	206
folhas datadas e identificadas	184	89%	22	11%	206
local exclusivo para arquivamento	163	79%	43	21%	206
prescrição médica atualizada	178	86%	28	14%	206
Projeto Terapêutico Singular	104	50%	102	50%	206
prontuário único	185	90%	21	10%	206
prontuário único em meio eletrônico	6	3%	200	97%	206
prontuário único em papel	195	95%	11	5%	206
sistema lógico de arquivamento	175	85%	31	15%	206
Sistematização da informação	sim		não		Total
atividades e frequências	60	29%	146	71%	206
cadastro de pessoas que usam benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e antidepressivos	46	22%	160	78%	206
perfil epidemiológico da demanda	29	14%	177	86%	206
perfil sócio econômico dos usuários	24	12%	182	88%	206
Socialização da informação	sim		não		Total
ata em reunião de equipe	146	71%	60	29%	206
livro de narrativa do cotidiano	33	16%	173	84%	206
livro de ocorrências	97	47%	109	53%	206
passagem de plantão	29	14%	177	86%	206
reunião de equipe diária	37	18%	169	82%	206
Formação e qualificação					
Programa de educação permanente	sim		não		Total
capacitações	114	55%	92	45%	206
estágio curricular	84	41%	122	59%	206
oficinas de reorganização do processo de trabalho	42	20%	164	80%	206
PET - saúde mental	19	9%	187	91%	206
programa de educação permanente	29	14%	177	86%	206
residência médica	11	5%	195	95%	206
residência multiprofissional	8	4%	198	96%	206
seminários de planejamento	24	12%	182	88%	206
supervisão clínico institucional regular	19	9%	187	91%	206
Direitos Humanos					
Garantia de direitos	sim		não		Total
articulação com a rede de assistência social	177	86%	29	14%	206
atividades de empoderamento para usuários e familiares	81	39%	125	61%	206
carteira de passe livre	114	55%	92	45%	206
defensoria pública	143	69%	63	31%	206
orientação e encaminhamento de benefícios	191	93%	15	7%	206
ouvidoria	87	42%	119	58%	206
suporte jurídico	98	48%	108	52%	206
Controle social					
Formulação de políticas públicas	sim		não		Total

câmaras técnicas	3	1%	203	99%	206
colegiado de gestão	46	22%	160	78%	206
comissão de saúde mental no conselho municipal de saúde	16	8%	190	92%	206
forum intersetorial de saúde mental	33	16%	173	84%	206
fórum intersetorial de saúde mental infanto-juvenil	8	4%	198	96%	206
representação no conselho municipal de saúde	54	26%	152	74%	206
gestão participativa		sim		não	Total
assembleia	84	41%	122	59%	206
conselho gestor	11	5%	195	95%	206
C - Resultado					
satisfação com o serviço					
satisfação dos usuários					
acolhimento empático, inclusivo personalizado	181	88%	25	12%	206
bom relacionamento interpessoal da equipe com o usuário e seus familiares	197	96%	9	4%	206
Construção de autonomia e protagonismo dos usuários	143	69%	63	31%	206
participação na gestão dos serviços	50	24%	156	76%	206
valorização da dimensão subjetiva de usuários e familiares	175	85%	31	15%	206
satisfação/sobrecarga dos trabalhadores					
democratização das relações de trabalho	152	74%	54	26%	206
fortalecimento do trabalho em equipe	153	74%	53	26%	206
iniciativas para ter boas condições de trabalho	118	57%	88	43%	206
procedimentos para garantia de troca de saberes e conhecimentos	130	63%	76	37%	206
trabalho em rede	101	49%	105	51%	206
valorização da ambiência	137	67%	69	33%	206

ANEXO A - TCLE



**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA
(Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando a(o) Sr(a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada "**AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DAS REGIÕES CENTRO-OESTE E NORTE DO BRASIL**", autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo avaliar o Centro de Atenção Psicossocial de sua responsabilidade.

De acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, garantimos o sigilo e o anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso tenha disponibilidade e interesse em participar deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente autorizar a realização do referido estudo.

Fui igualmente informado(a) da garantia de solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados, da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo, do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Local/Data: _____

Assinatura do(a) Coordenador(a)

OBS: Qualquer dúvida em relação a esta pesquisa entre em contato com:

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, Coordenador Geral da Pesquisa

ICC Sul, Bloco A, Térreo – Campus Darcy Ribeiro – Asa Norte– 70.910-900 – Brasília/DF

Telefones: 61-3107.6954/3107.6838/9981.3287. E mail: ileno@unb.br

Maiores informações, consultar:

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4793225D4>

Sites: www.crr.unb.br, www.grupopersonna.com, www.gipsi.org.br, www.ip.unb.br, www.psicc.ip.unb, www.labpsicopato.wordpress.com

ANEXO B – Autorização do gestor



Convênio UnB-MS
Parcerias em prol da Saúde Mental
Capacitar-Avaliar-Empoderar



CIRCULAR ELETRÔNICA 002/2013

Brasília, 30 de novembro de 2013.

Ilmo(a) Sr(a)

Secretário (a) Municipal/Estadual de Saúde

Cumprimentando-o(a) cordialmente, venho, por meio desta, apresentar o Projeto “Estudo e Pesquisa dos CAPS nas Regiões Centro-Oeste e Norte”.

Como é de conhecimento de todos, o processo de avaliação e acompanhamento dos Centros de Atenção Psicossocial é uma preocupação geral da Política Nacional de Saúde Mental e de interesse acadêmico, no sentido da produção de conhecimento, tornando-se uma atitude fundamental para a qualificação e o avanço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem nos CAPS um dispositivo fundamental.

Assim sendo, a Universidade de Brasília (UnB), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), está realizando um processo de pesquisa, dentro de um esforço nacional de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do país, sob demanda do referido Ministério.

Esta pesquisa foi aprovada pelas instâncias governamentais e pelos órgãos acadêmicos da UnB e cumprirá com as normas éticas para este tipo de estudo. A etapa atual prevê uma pesquisa de campo, onde necessitamos do contato direto com todo o CAPS cadastrados de seu Município.

O estudo envolverá, neste momento, somente os profissionais dos CAPS e será realizado através de apenas um encontro, em um período do dia de trabalho do serviço, do pesquisador com a equipe técnica, para que respondam a um questionário conjuntamente. Os pesquisadores entrarão em contato direto com os CAPS para marcar este encontro. Este processo se dará de novembro do corrente ano (2013) a abril do ano vindouro (2014).

Assim, estamos solicitando sua autorização para a realização desta iniciativa, bem como sua colaboração no sentido de divulgar a informação para os CAPS de sua abrangência.

Estamos à disposição para quaisquer dúvidas ou informações adicionais que se fizerem necessárias. Não hesite em nos contatar pessoalmente, se assim desejar.

Saudações cordiais,

Prof. Dr. *Ileno Izídio da Costa*




Coordenador Geral da Pesquisa Avaliar Caps CO-N

(61) 9981.3287 / 3107-6839

ileno@unb.br / ilenoc@gmail.com / avaliarcaps@unb.br

<p>De acordo.</p> <p>Em ____/____/____.</p>	<p>_____</p> <p>Assinatura e Carimbo</p>
--	--

ANEXO C – Instrumento de pesquisa

		Convênio UnB-MS Parcerias em prol da Saúde Mental Capacitar-Avaliar-Empoderar "Estudo e Pesquisa dos CAPS das Regiões Centro Oeste e Norte"	Ministério da Saúde  PARA A VIDA E PARA COM A VIDA
AVALIAR CAPS Centro Oeste - Norte			
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS			
I - Dados Gerais			
1) Data de realização:	<input type="text"/>		
2) Identificação da Unidade:	<input type="text"/>		
3) Código CNES :	<input type="text"/>		
4) Responsável pelo TCLE:	<input type="text"/>		
5) Qual o horário de seu funcionamento?	<input type="checkbox"/> Das 8h às 18 h <input type="checkbox"/> Das 8h às 21 h <input type="checkbox"/> Das 8h às 12h e das 14h às 18h <input type="checkbox"/> Funciona 24 h <input type="checkbox"/> Outro		
5.- Se outro, qual?	<input type="text"/>		
5.- Justifique:	<input type="text"/>		
6) Em que dias da semana?	<input type="text"/>		
II - CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO			
7) Quanto ao acesso, a localização do CAPS :	<input type="checkbox"/> É de difícil acesso <input type="checkbox"/> Tem transporte público com horários regulares <input type="checkbox"/> Tem transporte público com poucos horários <input type="checkbox"/> Tem problemas		
8) Quais dispositivos da RAPS estão no território adscrito?	<input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Leito de Atenção Integral em Hospital Geral <input type="checkbox"/> Serviço de Referência Hospitalar - álcool e drogas <input type="checkbox"/> Consultório na rua <input type="checkbox"/> Ações de saúde mental na Atenção Primária <input type="checkbox"/> Núcleo de Apoio à Saúde da Família <input type="checkbox"/> Centro de Convivência <input type="checkbox"/> Serviço Residencial Terapêutico <input type="checkbox"/> Unidade de Acolhimento		
9) Especifique caso houver outros dispositivos:	<input type="text"/>		
III - ARTICULAÇÃO COM O TERRITÓRIO			
10) O CAPS é referência para Serviços Residenciais Terapêuticos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
11) Cite os pontos de atenção que são matriciados por este CAPS:	<input type="checkbox"/> Atenção básica <input type="checkbox"/> Urgência / emergência <input type="checkbox"/> Hospital geral <input type="checkbox"/> Não faz <input type="checkbox"/>		
12) Qual a referência para o caso de necessidade de internação?	Hospital Geral		

- 12.- **Especifique:**
- 13) **Como se faz a regulação dos leitos psiquiátricos de seu território?**
- 14) **Assinale quais parcerias no campo da saúde existem no território adscrito deste CAPS:**
- 14.- **Especifique:**
- 15) **Assinale as parcerias intersetoriais deste CAPS:**
- 15.- **Especifique:**
- 16) **Existe reunião de articulação da rede existente no território?**
- 17) **O CAPS realiza ações na comunidade?**
- 18) **A comunidade participa de atividades no CAPS?**
- 19) **Quais são os obstáculos para a construção da rede?**
- 20) **Quais são os obstáculos superados para a construção da rede?**
- Serviço Hospitalar de Referência - álcool e outras drogas
- Hospital Especializado
- No próprio CAPS Outro
- Não existe
- Regulado pelo CAPS
- Há uma central de regulação
- Atenção Básica
- Estratégia Saúde da Família
- Agente Comunitário de Saúde
- Consultório na Rua
- Ambulatório de saúde mental/especialidade
- Hospital Geral / Serviço Hospitalar de Referência - álcool e drogas
- Outros
- CRAS
- CREAS
- Educação
- Esporte e Lazer
- Cultura
- Outros equipamentos da rede socio assistencial
- Conselho Tutelar
- Outros
- Sim
- Não
- Sim
- Não
- Sim
- Não

IV - ESTRUTURA FÍSICA

- 21) **O CAPS tem leitos de acolhimento noturno?**
- Sim
- Não
- 21.- **Número de leitos femininos:**
- 21.- **Número de leitos masculinos:**
- 22) **Do ponto de vista de instalação física, o que está disponível para usuários?**
- Sala para atendimento individual
- Sala de atividades coletivas
- Espaço de convivência
- Banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência

23) **Continuação:**

23. - **Especifique:**

24) **Do ponto de vista de instalação física, o que está disponível para trabalhadores?**

25) **Tem espaços externos?**

25. - **Especifique quais:**

26) **A estrutura está de acordo com a política de acessibilidade?**

27) **Há barreiras arquitetônicas?**

27. - **Se sim, quais?**

28) **Você avalia que o Espaço Físico do CAPS é:**

29) **Existe iluminação adequada que permita a execução das atividades?**

30) **Existe um sistema de ventilação que permite a circulação de ar no prédio?**

Quarto coletivo com acomodações individuais (para Acolhimento Noturno com 02 camas) e banheiro (suítes)

Quarto de repouso para paciente

Sala de atendimento para desintoxicação

Refeitório

Sala de estar

Sala de jogos

Farmácia

Recepção

Posto de enfermagem

Sanitário para cada sexo Outros

Sala para atividades administrativas

Sala para reuniões

Almoxarifado

SAME / arquivo de prontuários

Refeitório para funcionários

Cozinha

Quarto de plantão

Banheiro com vestiário para funcionários

Área de serviço para manutenção e limpeza

Área de serviço para lavagem de roupa

Pátio

Horta

Jardim

Quadra de esportes

Piscina

Outros

Sim

Não

Sim

Não

Péssimo

Ruim

Regular

Bom

Ótimo

Sim

Não

Sim

Não

V - AMBIÊNCIA

31) Os leitos existentes permitem privacidade dos

Sim

- 32) O número de roupas de cama e banho são suficientes para uso deste serviço?
- Não
 Sim
 Não

32.- Se não, justifique:

- 33) Quem tem acesso aos equipamentos?

	Gestão	Equipe técnica	Usuários
Telefone:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computador:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acesso à internet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparelho de som:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Video:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DVD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentos musicais:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jogos e brinquedos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 34) O CAPS disponibiliza armários para que os usuários possam guardar seus pertences?
- Sim
 Não
- 35) Em termos de conforto, como você considera este CAPS ?
- Péssimo
 Ruim
 Regular
 Bom
 Ótimo

VI - ALIMENTAÇÃO

- 36) Indique as refeições que o CAPS fornece :
- Café da manhã
 Lanche matinal
 Almoço
 Lanche vespertino
 Janta
 Lanche noturno
- 37) De maneira geral, como vc considera que a alimentação no CAPS é :
- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa
 Ótima

VII - CONSERVAÇÃO E MANUTENÇÃO

- 38) Você avalia que a limpeza no CAPS está:
- Péssima
 Ruim
 Regular
 Boa
 Ótima
- 39) Há manutenção regular?
- De equipamentos
 De veículo

De mobiliário

40) **Você avalia que a conservação do CAPS está:**

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Ótima

41) **Como você avalia a segurança deste CAPS?**

Péssima

Ruim

Regular

Boa

Ótima

42) **Quais serviços são terceirizados?**

Limpeza

Manutenção

Segurança

Alimentação

VIII - SUPRIMENTO

43) **Existe suprimento regular de material para realização das oficinas?**

Sim

Não

43.- **Se não, justifique:**

44) **Que tipo de medicação este CAPS fornece?**

Nenhuma

Apenas medicamentos essenciais da saúde mental

Medicamentos essenciais e excepcionais

Clínica

45) **Vc considera que o fornecimento de medicação é:**

Suficiente

Insuficiente

45.- **Porque?**

IX - TRANSPORTE

46) **O CAPS dispõe de veículo próprio?**

Sim, mas não tem motorista

Sim, mas não tem manutenção

Sim, com motorista e manutenção

Não

46.- **Se não, indique quais as opções:**

Utiliza carro de outro setor da secretaria de saúde

Utiliza carro de outro órgão

Utiliza carro particular dos funcionários

Não realiza atividades externas por este motivo

47) **Como os usuários em atendimento se deslocam até o CAPS?**

O CAPS Fornece passe

São beneficiários do passe livre

Transporte realizado pelo caps

Usuário se desloca por conta própria

X - GESTÃO DE PESSOAS

48) **Na sua opinião, faltam profissionais na equipe?** Sim

48.- Indique quais:

49) Quais são as dificuldades de contratação de profissionais?

- Lei de Responsabilidade Fiscal
 Falta de disponibilidade de profissionais Outros

49.- Quais?

50) Quais são as dificuldades de manutenção dos profissionais?

- Precariedade no vínculo de trabalho
 Baixos salários
 Falta de formação em saúde mental
 Agravos à saúde relacionados ao trabalho
 Dificuldade de atuação profissional no novo modelo Outros

50.- Quais?

XI - PROJETO TÉCNICO ASSISTENCIAL

51) Este CAPS tem Projeto Técnico Assistencial?

- Não
 Sim, mas equipe não conhece seu conteúdo
 Sim, mas nunca foi revisado
 É revisado periodicamente
 Revisado periodicamente com rotinas escritas e divulgadas

51.- Data da última revisão:

52) Qual é a abordagem clínico teórica do CAPS?

- Reabilitação Psicossocial
 Clínica Ampliada
 Intervenção Breve
 Psicanálise
 Fenomenologia
 Sistêmica
 Comunitária

53) Continuação:

- Entrevista Motivacional
 Redução de danos
 Cognitivo-comportamental
 Prevenção de Recaída
 Outros

53.- Especifique :

54) O processo de trabalho prevê atendimento para quais destas situações?

- Urgência/emergência
 Situações de crise
 Usuário em situação de rua
 Tentativa de suicídio
 Usuário sob efeito de substâncias psicoativas Outros

54.- Especifique:

55) Como o usuário é acompanhado durante o período da internação?

- No local de internação
 Contato com familiares
 Construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular
 Não faz acompanhamento

56) O Projeto Técnico Assistencial prevê atendimento ao jurisdicionado em cumprimento de decisões judiciais?

- Sim
 Não

57) Como se dá a entrada do usuário no serviço?

- Lista de espera para o primeiro atendimento
- Primeiro atendimento agendado
- É admitido imediatamente em caso de urgência/crise
- Realiza triagem depois aguarda em lista de espera ou grupo de acolhimento
- É atendido sem agendamento e inicia o projeto terapêutico singular

58) Qual a conduta adotada para a demanda de crianças e adolescentes ?

- Matriciamento de outro ponto da rede
- Encaminhamento para outro ponto da rede
- Coresponsabilização pelo atendimento
- Não atende
- Faz inclusão no programa

59) Qual a conduta adotada para a demanda de usuários de álcool e outras drogas?

- Matriciamento de outro ponto da rede
- Encaminhamento para outro ponto da rede
- Coresponsabilização pelo atendimento
- Não atende
- Faz inclusão no programa

60) Qual a conduta adotada pela equipe para os casos de comorbidade?

- Matriciamento de outro ponto da rede
- Encaminhamento para outro ponto da rede
- Coresponsabilização pelo atendimento
- Não atende
- Faz inclusão no programa

61) O CAPS prevê o atendimento as pessoas privadas da liberdade dos presídios do território?

- Sim
- Não

62) Como é a articulação com a Atenção Básica?

- Não realiza
- Atendimento compartilhado
- Capacitação em saúde mental
- Discussão de caso
- Elaboração de estratégias para abordar situações de violência
- Identificação de casos graves no território
- Identificação de casos graves em crianças
- Identificação de uso abusivo de drogas
- Outro

62.- Especifique:

63) Qual a conduta da equipe quando o usuário não vincula ao tratamento?

- Alta por abandono
- Busca ativa - profissional de referência
- Busca ativa - serviço social
- Busca ativa - qualquer profissional
- Atendimento domiciliar
- Contato através da ESF
- Nenhuma

XII - ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

64) O Plantão de pronto atendimento é adotado neste serviço?

- Não
- Sim, com profissionais de nível superior de categorias específicas
- Sim, com profissionais de nível superior e médio
- Somente com profissionais de nível superior

	<input type="checkbox"/> Somente profissionais de nível médio
65) Quem é responsável pela admissão do usuário?	<input type="checkbox"/> Equipe técnica <input type="checkbox"/> Médico psiquiatra <input type="checkbox"/> Plantonista <input type="checkbox"/> Coordenação <input type="checkbox"/> Outro
65.- Especifique:	<input type="text"/>
66) Assinale os dispositivos de cuidado que o CAPS oferece :	<input type="checkbox"/> Acolhimento inicial <input type="checkbox"/> Acolhimento noturno <input type="checkbox"/> Atendimento individual <input type="checkbox"/> Atendimento grupal <input type="checkbox"/> Grupo terapêutico com usuários <input type="checkbox"/> Grupo terapêutico com familiares <input type="checkbox"/> Atendimento às famílias <input type="checkbox"/> Oficinas Terapêuticas <input type="checkbox"/> Práticas corporais <input type="checkbox"/> Atividades de expressão <input type="checkbox"/> Oficina sobre sexualidade <input type="checkbox"/> Atividades de esportes e lazer <input type="checkbox"/> Projeto de geração de trabalho e renda <input type="checkbox"/> Atividades de empoderamento para usuários e familiares <input type="checkbox"/> Oficina sobre cidadania <input type="checkbox"/> Visita domiciliar <input type="checkbox"/> Atendimento domiciliar <input type="checkbox"/> Assembléia <input type="checkbox"/> Ações de prevenção de DST/AIDS <input type="checkbox"/> Ações de educação em saúde <input type="checkbox"/> Apoio matricial para Atenção Primária <input type="checkbox"/> Abordagem de redução de danos <input type="checkbox"/> Tratamento para tabagismo <input type="checkbox"/> Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico <input type="checkbox"/> Atividades externas <input type="checkbox"/> Atividades de habilitação social <input type="checkbox"/> Apoio à serviço residencial de caráter transitório <input type="checkbox"/> Grupo operativo <input type="checkbox"/> Outros
67) Continuação:	
68) Continuação:	
68.- Especifique:	<input type="text"/>
69) Ao ser admitido, o usuário passa por avaliação :	<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Psicossocial <input type="checkbox"/> Outra
69.- Especifique:	<input type="text"/>
69.- Quem realiza esta avaliação?	<input type="checkbox"/> Profissional de Referência <input type="checkbox"/> Separado por categoria profissional <input type="checkbox"/> Outros
69.- Especifique:	<input type="text"/>
70) Que profissionais realizam as oficinas ?	

71) Para os usuários de álcool e outras drogas, quais ações o serviço realiza?

- Qualquer técnico da equipe
- Apenas profissionais de nível superior
- Apenas profissionais de nível médio
- Atividade exclusiva do terapeuta ocupacional
- Não realiza oficinas
- Encaminha para outro ponto a rede
- Desintoxicação domiciliar
- Desintoxicação no serviço
- Apoio matricial para Estratégia Saúde da Família/Agente Comunitário de Saúde
- Abordagem de redução de danos
- Trabalho com o uso controlado de drogas
- Substituição de uma droga por outra
- Trabalho com a comunidade a respeito dos riscos associados ao uso de drogas
- Fornecimento de insumos para redução de danos
- Exigência de abstinência para tratamento no serviço

72) Assinale as atividades de reabilitação psicossocial que realiza: :

- Cursos profissionalizantes
- Gestão de empreendimentos / comercialização dos produtos
- Atividades de incremento da escolaridade
- Parceria com incubadoras tecnológicas / cooperativas populares
- Fórum de Economia Solidária
- Articulação com órgãos do governo
- Articulação com entidades da sociedade civil
- Articulação com entidades de ensino e pesquisa
- Incentivo a associações de usuários e familiares
- Parceria com entidades financiadoras

73) Assinale os dispositivos de socialização de informação existentes:

- Reunião de equipe diária
- Livro de ocorrências
- Livro de narrativa do cotidiano
- Passagem de plantão
- Outros

73.- Especifique:

74) Tem reunião de equipe?

- Não
- Diária
- Semanal
- Quinzenal
- Mensal

75) Faz discussão de casos?

- Não
- Diariamente na passagem de plantão
- Reunião de equipe - semanal
- Reunião de equipe - quinzenal
- Reunião de equipe - mensal

76) Como é a dinâmica das refeições?

- É servida em mamitex
- Os usuários se servem com supervisão dos técnicos
- Recebem o prato feito

- colher
 garfo e faca

XIII - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

78) Possui Projeto Terapêutico Singular?

- Sim, para todos os usuários
 Não
 Apenas para alguns

79) Quem participa da elaboração do Projeto Terapêutico Singular?

- Profissional de referência
 Equipe técnica
 Equipe técnica e usuário
 Equipe técnica e familiar
 Equipe técnica, usuário e familiar
 Outros

79. - Especifique:

80) Que dispositivo o CAPS adota para acompanhar o Projeto Terapêutico Singular dos usuários?

- Nenhum
 Profissional de Referência
 Equipe de Referência Regionalizada
 Dupla de profissionais (nível médio e superior)
 Em reunião de equipe Outros

80. - Especifique :

81) Com que frequência o Projeto Terapêutico Singular é revisto?

- Sempre que necessário
 Quinzenal
 Mensal
 Trimestral
 Não faz revisão

82) O CAPS faz o acompanhamento clínico dos usuários? :

- Sim, através de uma ação específica (enfermagem, farmácia, etc)
 Encaminhado para atendimento na rede
 Em parceria com PSF
 Em parceria com hospital geral

83) Com relação à medicação, indique os processos adotados:

- Nenhum
 Grupo de medicação
 Estímulo ao uso autônomo
 Medicação assistida
 Parceria com familiares
 Orientação / controle individualizado

XIV - MANEJO DE CRISE

84) Diante da situação de crise, qual a conduta da equipe:

- Revisão do Projeto Terapêutico Singular
 Encaminhamento para internação
 Contenção física
 Acompanhante terapêutico
 Trabalho com familiares
 Reavaliação da medicação Outros

84. - Especifique:

XV - EDUCAÇÃO PERMANENTE

85) Assinale os dispositivos de educação permanente existentes:

- Supervisão clínico institucional regular
- Seminários de planejamento
- Oficinas de reorganização do processo de trabalho
- Estágio curricular
- Capacitações
- Residência multiprofissional
- Residência médica
- PET - Saúde Mental
- Programa de educação permanente

XVI - POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

86) Quais são os dispositivos da Política Nacional de Humanização adotados por este CAPS na relação com usuário e seus familiares:

- Acolhimento empático, indutivo e personalizado
- Bom relacionamento interpessoal da equipe com o usuário e seus familiares
- Valorização da dimensão subjetiva dos usuários e familiares
- Construção de autonomia e protagonismo dos usuários
- Participação na gestão dos serviços Outros

86. - Especifique:

87) Quais são os dispositivos da Política Nacional de Humanização adotados por este CAPS na relação com os trabalhadores?

- Iniciativas para ter boas condições de trabalho
- Procedimentos para garantia de troca de saberes e conhecimentos
- Trabalho em rede
- Programa de educação permanente
- Fortalecimento do trabalho em equipe
- Democratização das relações de trabalho
- Valorização da ambiência Outros

87. - Especifique:

88) Assinale as formas de participação do usuário na gestão do serviço:

- Assembléia
- Conselho gestor Outros

88. - Especifique:

89) Quais os instrumentos de planejamento adotados?

- Relatório de supervisão clínico-institucional
- Relatório de gestão
- Orçamento
- Plano de Ações e Metas
- Plano municipal/estadual de saúde mental

XVII - CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS

90) Quais os dispositivos utilizados para a garantia dos direitos de cidadania dos usuários?

- Articulação com a rede de assistência social
- Orientação e encaminhamento de benefícios

FormSus

Suporte jurídico

Ouvidoria

Defensoria pública

Carteira de passe livre

Outros

90.- **Especifique:**

91) **Assinale as instâncias de formulação de políticas públicas existentes:**

Fórum Intersetorial de Saúde Mental Infante - Juvenil

Fórum Intersetorial de Saúde Mental

Colegiado de Gestão

Câmaras Técnicas

Representação no conselho municipal de saúde

Comissão de saúde mental no conselho municipal de saúde

XVIII - FINANCIAMENTO

92) **Os recursos referentes aos editais do Ministério da Saúde, foram executados?**

Sim

Não

92.- **Porque? :**

93) **Assinale as esferas que financiam o funcionamento da RAPS:**

Federal

Estadual

Municipal

94) **Dispõe de verba para pronto pagamento?**

Sim

Não

XIX - ACESSO E QUALIDADE DA INFORMAÇÃO

95) **Assinale os itens referentes ao tipo de registro que a equipe adota: :**

Prontuário único em papel

Prontuário único em meio eletrônico

Ata da reunião de equipe

Registro diário do cotidiano

Registro diário de atendimentos - RAAS

Registro diário de atividades coletivas

Registro diário de presença

Instrumento para acolhimento

Instrumento para avaliação global

Instrumento para Projeto Terapêutico Singular

96) **Assinale os itens referentes ao tipo de sistematização existentes:**

Banco de dados sobre atividades e frequências

Banco de dados sobre perfil sócio econômico dos usuários

Banco de dados sobre perfil epidemiológico

Cadastro de pessoas que usam benzodiazepínicos, anticonvulsivantes e antidepressivos Outros

96.- **Especifique:**

97) **Com relação aos prontuários:**

Tem avaliação global?

Anotações legíveis

CID 10

Descrição do estado mental

- Evolução clínica
- Folhas datadas e identificadas com o nome dos usuários
- Prescrição médica atualizada
- Projeto Terapêutico Singular
- Prontuário único
- Registro com assinatura e carimbo dos profissionais
- 98) **Continuação:**
- Local exclusivo para arquivamento
- Sistema lógico de arquivamento
- 99) **Registro de usuários por raça:**
- Sim
- Não
- 100) **Registro de usuários por orientação sexual:**
- Sim
- Não
- 101) **Registro de primeiro surto:**
- Sim
- Não
- 102) **Quais são as notificações obrigatórias que o CAPS faz:**
- Agravos relacionados ao trabalho
- De violência doméstica

XX - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- 103) **Quais os mecanismos que este CAPS utiliza para avaliação sistemática de seu processo de trabalho?**
- Reuniões de equipe
- Relatório dos técnicos
- Relatório de gestão
- Questionário de trabalhadores
- Questionário de auscultação de familiares
- Caixa de sugestões
- Avaliação de desempenho
- Ouvidoria
- 104) **Você considera que o mecanismo de avaliação adotado é :**
- Não realiza
- Ruim
- Regular
- Bom
- Ótimo
- 104.- **Especifique:**
-
- 105) **Quais são as reivindicações / solicitações mais frequentes dos usuários deste CAPS?**
- Disponibilização de medicamentos
- Maior número de profissionais
- Melhoria da estrutura física
- Melhoria no fornecimento de insumos
- Melhoria do atendimento
- Maior disponibilidade dos técnicos
- Participação nas decisões Outros
- 105.- **Especifique :**
-
- 106) **Quais são as reivindicações / solicitações mais frequentes dos trabalhadores deste CAPS?**
- Vínculo trabalhista
- Disponibilização de medicamentos
- Maior número de profissionais
- Participação nas decisões
- Melhoria da estrutura física

- Regularidade no fornecimento de insumos
 Outros

106.- Especifique:

XXI - RESULTADO

107) Enumere por ordem de frequência a origem dos usuários que chegam a este CAPS para primeiro atendimento.

- ___ Demanda espontânea
 ___ Atenção Primária em Saúde (AB+ESF+ACS)
 ___ Ambulatório de saúde mental/especialidades
 ___ Hospital Geral
 ___ Hospital Especializado
 ___ Rede educacional
 ___ Rede sócio assistencial
 ___ Justiça

108) Cite a queixa principal mais frequente:

109) Enumere por ordem de frequência tipo de transtorno dos usuários inscritos no último ano: CAPS II, CAPS I

- ___ Por uso de Psicoativos
 ___ Psicóticos e de Humor
 ___ Neurótico grave
 ___ Neuróticos e somatoformes
 ___ Transtorno de personalidade
 ___ Transtornos Orgânicos

110) Enumere por ordem de frequência tipo de transtorno dos usuários inscritos no último ano (Cópia): CAPS ad

- ___ Álcool
 ___ Canabinóides
 ___ Crack
 ___ Outros derivados de cocaína
 ___ Outras drogas

111) Enumere os motivos pelos quais os usuários deixaram o serviço:

- ___ Abandono
 ___ Mudança de território
 ___ Reinserido socialmente
 ___ Transferência de cuidado para atenção primária
 ___ Internação psiquiátrica

112) Enumere os motivos pelos quais os usuários retornaram ao serviço:

- ___ Conflitos familiares
 ___ Falta de medicação
 ___ Sem apoio terapêutico no território
 ___ Agudização dos sintomas
 ___ Uso abusivo de álcool e outras drogas

113) Enumere por ordem de frequência o tipo de transtorno dos usuários inscritos no último ano : CAPS ij

- ___ Transtornos orgânicos
 ___ Transtornos no desenvolvimento
 ___ Autismo
 ___ TDAH
 ___ Outros transtornos da infância e adolescência

Informações Adicionais

114) Acerca da estrutura:

115) Acerca do processo:

116) **Acerca do resultado:**

Anexos

117) **Planilha RH:**

118) **Anexar grade de atividades:**

119) **Anexar planilha com resultados:**

120) **Assinatura:**