



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MICHELLE GRACE FLORENTINO MAIA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS CAPS DE JOÃO PESSOA A
PARTIR DE INDICADORES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

JOÃO PESSOA – PB

2023

MICHELLE GRACE FLORENTINO MAIA

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS CAPS DE JOÃO PESSOA A
PARTIR DE INDICADORES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Ferreira Costa

JOÃO PESSOA – PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M217a Maia, Michelle Grace Florentino.

Análise da produção do cuidado nos CAPS de João
Pessoa a partir de indicadores de atenção psicossocial
/ Michelle Grace Florentino Maia. - João Pessoa, 2023.
79 f.

Orientação: Filipe Ferreira da Costa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde mental. 2. Centros de Atenção Psicossocial
(CAPS). 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Serviços em
saúde - Avaliação. I. Costa, Filipe Ferreira da. II.
Título.

UFPB/BC

CDU 364.622(043)

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação Pós-Graduação em Saúde Coletiva	Instituição UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação da Mestranda MICHELLE GRACE FLORENTINO MAIA	
Realizada no Dia 15 de dezembro de 2023	

Às 14h00s horas do dia 15 do mês de dezembro do ano de 2023 realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, da discente MICHELLE GRACE FLORENTINO MAIA, intitulado ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NOS CAPS DE JOÃO PESSOA A PARTIR DE INDICADORES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. A banca examinadora foi composta pelos professores doutores FILIPE FERREIRA DA COSTA (orientador), KEILA SILENE DE BRITO E SILVA e ANSELMO CLEMENTE. A sessão foi aberta pelo presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. A primeira examinadora foi a professora KEILA SILENE DE BRITO E SILVA. Logo após procederam a arguição o professor ANSELMO CLEMENTE. Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho da mestranda. Diante do exposto, considerando que a mestranda, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação “Stricto Sensu” da UFPB e do Regulamento do programa, está apta a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba. A banca considerou APROVADO o trabalho da discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 18:00 horas, e eu Filipe Ferreira da Costa, orientador do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Documento assinado digitalmente
 **FILIFE FERREIRA DA COSTA**
 Data: 21/12/2023 18:45:59-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **ANSELMO CLEMENTE**
 Data: 22/12/2023 14:53:00-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 **KEILA SILENE DE BRITO E SILVA**
 Data: 04/01/2024 14:20:40-0300
 Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

João Pessoa, 15 de dezembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Etacio Maia (*in memorian*) e Eronilda Josefa que sempre investiram em minha educação básica, acadêmica e profissional acreditando sempre na importância dos estudos.

Ao meu esposo Higor Delgado por estar ao meu lado nessa jornada tão frenética que foi dar conta da nossa família, estudos e trabalho durante os dois anos do mestrado.

A minha filha Lorena que desde o seu primeiro aninho de vida acompanha a jornada de estudos da mamãe.

A minha sogra Fátima Delgado pela participação direta na trajetória deste mestrado dando todo o suporte a minha filha Lorena.

Ao orientador Filipe Ferreira pela parceria e dedicação durante todo o percurso desta pós-graduação.

Ao grupo de pesquisa Apoia RAPS pelo suporte dado nas reuniões semanais, pela equipe de coleta de dados e pelo aprendizado compartilhado entre nós.

A minha coordenadora Ana Karina por ter dado as mãos desde o primeiro dia o qual eu me apresentei como trabalhadora na Rede de Atenção Psicossocial da Prefeitura de João Pessoa e por toda a sua compreensão que fez com que eu pudesse chegar até o fim deste mestrado com êxito.

A coordenadora Karine Anielly por todo o apoio e suporte dado para que eu pudesse realizar este sonho profissional.

Aos coordenadores dos CAPS por abrirem as portas para o desenvolvimento desta dissertação: Ana Karina, Janaína, Carolina e Claudia muito obrigada por tudo!

Aos trabalhadores dos serviços pela colaboração durante a extensa coleta dos dados, foram muitos encontros e boas conversas durante a fase de coleta dos dados.

Ao coordenador de saúde mental do município de João Pessoa, Jean Paulo Dantas pelo suporte dado para desenvolvimento desta pesquisa.

A Deus por estar ao meu lado numa jornada tão desafiadora com altos e baixos e que ainda sim me permitiu chegar até aqui! “Só vive o propósito, quem suporta o processo”.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem promovido uma mudança significativa na assistência à saúde mental, priorizando a desospitalização e a atenção comunitária, tornando os centros de atenção psicossocial (CAPS) fundamentais nesse novo modelo de cuidado. Os CAPS são serviços abertos de base comunitária que atuam sob a perspectiva do modelo de atenção psicossocial. Neste, o objeto de trabalho é o sujeito em sofrimento psíquico, considerando sua constituição política, histórica e sociocultural, elegendo o território como espaço de produção do cuidado, através de redes intersetoriais, sociais e de apoio. Tendo em vista a importância dos CAPS no contexto da efetivação do modelo de atenção psicossocial e considerando a avaliação de serviços como elemento fundamental do planejamento e gestão do SUS, este trabalho tem como objetivo avaliar a produção do cuidado nos CAPS III da cidade de João Pessoa-PB. Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa baseado em análise documental. Foram incluídos no estudo o CAPS Caminhar, CAPS Gutemberg Botelho e CAPS AD Jovem Cidadão. A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2022 a abril de 2023 com recorte temporal de julho a dezembro de 2022. Foram analisados 2.664 prontuários, oito livros de plantão da enfermagem, sete livros de plantão de equipe multiprofissional, dois livros de atividades coletivas, cinco livros de reunião de equipe, um livro de encaminhamentos para outros serviços e um livro de admissão. Foram selecionados 16 indicadores de saúde mental elaborados em pesquisa participativa com trabalhadores e gestores de CAPS III da região Sudeste. Os indicadores possuem metodologia de cálculo por razão, analisando oito dimensões da atenção psicossocial com abrangência temporal mensal, trimestral, semestral ou anual. A análise dos dados foi realizada pelo programa Excel, através de estatística descritiva, apresentando-se os resultados sob a forma de frequência relativa (medianas, mínima e máxima). Os resultados evidenciam a capacidade dos serviços de responder localmente às situações de crise com baixo percentual de encaminhamentos às urgências psiquiátricas (4,8%); o compromisso da equipe em qualificar continuamente suas práticas grupais acontece de maneira relativamente exitosa (40,1%). A formulação (20,9%), revisão de projetos terapêuticos singulares (6,6%) e o trabalho intersetorial (5,5%) acontecem nos serviços, porém de maneira insuficiente e limitada. Entre as fragilidades identificadas estão a inexistência de supervisão clínico-institucional, baixa participação de familiares nos grupos de família (0,9%) e ofertas terapêuticas insuficientes aos familiares de usuários durante a situação de crise (6,3%). Os indicadores de adesão do usuário à medicação, inserção do usuário com deficiência intelectual, participação dos gestores e educação permanente foram inviáveis de serem analisados. Conclui-se que os CAPS atuam na perspectiva do paradigma psicossocial apresentando algumas limitações, e que o conjunto de indicadores de saúde mental estudados contribuem de maneira positiva para a análise da produção do cuidado em saúde mental, podendo ser utilizados no cotidiano dos serviços como uma estratégia de avaliação do processo de trabalho pelos próprios trabalhadores e gestores.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil has promoted a significant change in mental health care, prioritizing dehospitalization and community care, making psychosocial care centers (CAPS) fundamental in this new model of care. CAPS are open community-based services that operate from the perspective of the psychosocial care model. In this, the object of work is the subject in psychological distress, considering their political, historical and sociocultural constitution, choosing the territory as a space for the production of care, through intersectoral, social and support networks. Considering the importance of CAPS in the context of implementing the psychosocial care model and considering the evaluation of services as a fundamental element of SUS planning and management, this work aims to evaluate the production of care in CAPS III in the city of João Pessoa -PB. This is a descriptive study with a quantitative approach based on documentary analysis. CAPS Caminhar, CAPS Gutemberg Botelho and CAPS AD Jovem Cidadão were included in the study. Data collection took place between December 2022 and April 2023 with a time frame from July to December 2022. 2,664 medical records were analyzed, eight nursing shiftbooks, seven multidisciplinary team shiftbooks, two collective activity books, five team meeting books, a book of referrals to other services and an admission book. Sixteen mental health indicators were selected in a participatory survey of CAPS III workers and managers in the Southeast region. The indicators have a ratio calculation methodology, analyzing eight dimensions of psychosocial care with a monthly, quarterly, biannual or annual time frame. The data was analyzed using the Excel program, using descriptive statistics, presenting the results in the form of relative frequencies (medians, minimum and maximum). The results show that the services are able to respond locally to crisis situations, with a low percentage of referrals to psychiatric emergencies (4.8%); the team's commitment to continuously qualifying its group practices is relatively successful (40.1%). The formulation (20.9%) and review of singular therapeutic projects (6.6%) and intersectoral work (5.5%) take place in the services, but in an insufficient and limited way. Among the weaknesses identified are the lack of clinical-institutional supervision, low participation of family members in family groups (0.9%) and insufficient therapeutic offers to users' family members during crisis situations (6.3%). The indicators of user adherence to medication, inclusion of users with intellectual disabilities, participation of managers and continuing education were not possible to analyze. The conclusion is that the CAPS operate from the perspective of the psychosocial paradigm, with some limitations, and that the set of mental health indicators studied make a positive contribution to analyzing the production of mental health care, and can be used in the day-to-day running of the services as a strategy for evaluating the work process by the workers and managers themselves.

Keywords: Health Evaluation; Mental Health; Psychosocial Care Centers; Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Dimensões, indicadores, fontes de dados, referência temporal e método de cálculo dos indicadores de avaliação para os Centros de Atenção Psicossocial.....	41
------------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Mediana, valores mínimos e máximos dos indicadores de produção de cuidado nos CAPS de João Pessoa.....	47
------------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência e Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidades Terapêuticas
DI	Deficiência Intelectual
EPS	Educação Permanente em Saúde
EMLUR	Empresa de Limpeza Urbana
GAP	Grupos de Apreciação Partilhada
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASM	Pronto atendimento em saúde mental
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAAS	Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SENAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL	18
3.1.1 A tentativa de desmonte na política de saúde mental no Brasil	23
3.2 SAÚDE MENTAL E O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	25
3.2.1 Atenção à crise	26
3.2.2 Clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular	27
3.2.3 Grupos terapêuticos	28
3.2.4 Intersetorialidade	29
3.2.5 Educação permanente.....	30
3.2.6 Supervisão clínico-institucional	30
3.2.7 A participação dos familiares nos serviços	31
3.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	32
4 MÉTODOS.....	38
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	38
4.3 INDICADORES.....	38
4.4 FONTE DE DADOS	39
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	43
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	43
5 RESULTADOS	44
6 DISCUSSÃO	48

7 CONCLUSÃO	61
REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE A - Indicadores de produção de cuidado CAPS Gutemberg Botelho .	75
APÊNDICE B - Indicadores de produção de cuidado CAPS Caminhar	76
APÊNDICE C - Indicadores de produção de cuidado CAPS Jovem Cidadão.....	77
APÊNDICE D - Dados absolutos CAPS Gutemberg Botelho.....	78
APÊNDICE E - Dados absolutos CAPS Caminhar	79
APÊNDICE F - Dados absolutos Caps Jovem Cidadão.....	80

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve sua história escrita num contexto internacional de mudanças com vistas a superação do modelo psiquiátrico asilar, marcado pelo isolamento e violações de direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico. A experiência bem sucedida da reforma psiquiátrica italiana, baseada no conceito de desospitalização e atenção comunitária, mostra a possibilidade de superação do modelo asilar em busca do paradigma da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007). Basaglia, psiquiatra italiano, fundador do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderou importantes experiências de superação do modelo asilar a partir da criação de uma rede de serviços comunitários e foi o primeiro a colocar em prática o processo de fechamento dos manicômios (AMARANTE, 2007). A experiência bem sucedida da cidade de Trieste obteve reconhecimento internacional e tornou-se modelo de assistência à saúde recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 1973 (SERAPIONI, 2019).

No Brasil, nos anos 70, movimentos pelos direitos dos pacientes em sofrimento mental buscavam por uma reforma psiquiátrica. No ano de 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que passou a denunciar as violações de direitos que ocorriam nos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia da rede particular, bem como fazer críticas ao modelo asilar-manicomial (BRASIL, 2005b). O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, Professor Luís da Rocha Cerqueira, foi implantado em 1986, na cidade de São Paulo, este serviço se propunha a evitar novas internações em hospitais psiquiátricos, acolher os egressos de longa permanência e ofertar acolhimento intensivo aos usuários, dentro do paradigma da atenção psicossocial. A cidade de Santos, em 1989, inaugurou o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Brasil. A experiência de Santos com a criação do primeiro serviço 24 horas foi um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005b).

Em 1989 o projeto de reforma psiquiátrica brasileira foi apresentado pelo então deputado Paulo Delgado (MG). Após 12 anos de tramitação, o texto foi aprovado e sancionado com a Lei nº 10.216/2001 que formaliza a Política de Saúde Mental a nível nacional, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental (BRASIL, 2005b).

No novo modelo de cuidado, a atenção psicossocial tem como objeto de trabalho o sujeito em sofrimento psíquico, com o olhar voltado para sua experiência de vida, reconhecendo a complexidade do processo saúde doença e elegendo o território como um importante espaço de produção do cuidado, o que requer construções de redes intersetoriais, sociais e de apoio. Segundo Delgado (1999), o território não é apenas o local de domicílio e sim o conjunto de referências sociais, econômicas e culturais que representam o cotidiano do indivíduo e o seu projeto de vida.

A Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 regulamentou os serviços substitutivos que surgiram no Brasil, tais como o CAPS e os NAPS integrando-os à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002). Em 2011 foi publicada a Portaria nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da rede de cuidados, agregando os níveis de atenção à saúde e articulando recursos existentes nas demais redes e territórios. Entre as atribuições dos CAPS também estão o planejamento local de programas e políticas de saúde mental e a promoção de reflexões e debates acerca dos modelos de atenção, gestão e clínica existentes (BRASIL, 2011). É um lugar de acolhimento, de produção de cuidados, espaço social de convivência, de inclusão, escuta qualificada, assistindo a singularidade de cada usuário, de suas emoções, de sua família e sua relação com o mundo, explorando a diversidade de possibilidades terapêuticas. Isso implica desenvolver de forma única e singular para cada demanda que se apresenta uma complexidade de ações que contemplem distintas dimensões da existência dos sujeitos (PINHEIRO *et al.*, 2007).

O campo da atenção psicossocial no Brasil, pautado no cuidado em liberdade, respeito e autonomia das pessoas obteve avanços positivos ao longo dos anos com a expansão dos serviços de base comunitária e, de acordo com os dados de junho/2022 do Ministério da Saúde (MS), o Brasil conta com 2.836 CAPS presentes em 1.810 municípios brasileiros (BRASIL, 2022a). O processo de desinstitucionalização apresentou avanços. Houve redução significativa no número de leitos em hospitais psiquiátricos passando de 53.962 leitos no ano de 2001 para 12.662 leitos em 2022 (BRASIL, 2022a; FIOCRUZ, 2015).

A partir da reformulação e da expansão do novo modelo assistencial em saúde mental, as avaliações adquirem função política de servir como instrumento para a potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (WETZEL; KANTORSKI, 2004). Os processos avaliativos fazem parte do planejamento e gestão dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014). A avaliação das políticas, ações e serviços de saúde se apresenta como fator fundamental para o aprimoramento do sistema (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Um dos grandes desafios da pesquisa avaliativa em serviços de saúde mental é a construção de indicadores e instrumentos que possam avaliar as subjetividades que envolvem o processo do cuidado em saúde mental. As experiências de reforma sanitária e psiquiátrica contemporâneas têm apontado para a necessidade de repensar o lugar de poder do especialista, abrindo espaço para a construção de formas de avaliação mais coletivas, participativas e inclusivas. Avaliar todas essas novas experiências é um desafio que se apresenta para os trabalhadores da saúde mental (PINHEIRO *et al.*, 2007). No campo da saúde mental, os gestores, trabalhadores dos CAPS, usuários e familiares constituem-se grupos de interesse na construção de indicadores e instrumentos de avaliação sistemática para os serviços (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Onocko-Campos *et. al* (2017) apresenta um conjunto de indicadores para avaliação dos CAPS desenvolvidos em processo participativo a partir do trabalho conjunto de 58 trabalhadores e gestores de CAPS III do estado de São Paulo junto a pesquisadores ligados à Universidade. A pesquisa participativa teve o serviço como foco central da avaliação, privilegiando a troca de saberes entre trabalhadores e pesquisadores.

A RAPS do município de João Pessoa é formada pela Atenção Básica com 93 Unidades de Saúde da Família; Atenção de Urgência e Emergência através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro Unidades de Pronto Atendimento e um Pronto atendimento em saúde mental (PASM) no Complexo Hospitalar de Mangabeira; Atenção residencial de caráter transitório através de uma Unidade de acolhimento infantil; duas Residências terapêuticas (Valentina e Alto do Céu); Rede especializada com seis policlínicas municipais, quatro CAPS da modalidade III: CAPS III Gutemberg Botelho; CAPS III Caminhar, CAPS de álcool e outras drogas (CAPS AD) III David Capistrano, CAPS AD III Jovem Cidadão e um CAPS da modalidade infantil: CAPS Cirandar.

Os CAPS da modalidade III são destinados ao atendimento de pessoas com sofrimento mental grave, incluindo aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas, funcionam em municípios com população acima de 200.000 habitantes, 24 horas por dia, nos sete dias da semana, incluindo finais de semana e feriados, ofertando leitos de atenção-dia e acolhimento noturno.

Tendo em vista a importância dos CAPS no contexto da efetivação do modelo de atenção psicossocial e a importância da avaliação de serviços como elemento fundamental do planejamento e gestão do SUS, este trabalho tem como objetivo avaliar a produção do cuidado nos CAPS III da cidade de João Pessoa, através de um conjunto de indicadores de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

A partir do desenvolvimento deste trabalho, espera-se que os indicadores de saúde mental possam ser integrados ao processo de trabalho das equipes CAPS da Prefeitura de João Pessoa para subsidiar práticas avaliativas contínuas e permanentes, podendo contribuir para o monitoramento do processo de cuidado em saúde mental levando em consideração os princípios da atenção psicossocial.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar como se efetiva o modelo de atenção psicossocial nos CAPS III da cidade de João Pessoa a partir de um conjunto de indicadores de saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os Centros de Atenção Psicossocial conforme os indicadores de avaliação propostos por Onocko-Campos *et al.* (2017).
- Analisar a materialização dos indicadores de avaliação nos Centros de Atenção Psicossocial da cidade de João Pessoa.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS NO BRASIL

A reforma psiquiátrica é um movimento social complexo, caracterizado por um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores. O processo da reforma psiquiátrica se desenvolve no cotidiano dos serviços, das instituições e das relações. A reforma não se reduz à reestruturação física dos serviços ou reorganização do modelo assistencial, busca superar as características desumanas e violações de direitos que marcaram as instituições manicomiais (BRASIL, 2005b).

O campo da saúde mental e a atenção psicossocial tratam de um processo que é social, estabelece alianças com outros segmentos sociais e coloca diversos atores em cena com diferentes interesses que geram conflitos e exigem negociações, superações e mudanças, trata-se de um processo complexo e de natureza social. Neste processo vão surgindo novos elementos e novas situações a serem enfrentadas (PINHEIRO *et al.*, 2007). É um processo em permanente movimento que se configura a partir de quatro dimensões, simultâneas e articuladas entre si: o campo epistemológico, o técnico-assistencial, o jurídico-político e o sociocultural (AMARANTE, 2007). Desconstruir o conceito de doença mental e reconstruir a complexidade do objeto de trabalho sofrimento mental é um desafio epistêmico, científico, ético e político (PINHEIRO *et al.*, 2007).

A dimensão sociocultural é uma dimensão estratégica e uma das mais criativas e reconhecidas, no âmbito nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica. A participação social e política de trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e sociedade é um dos princípios fundamentais da dimensão sociocultural do processo de reforma psiquiátrica.

Em 1978, foi criado no Rio de Janeiro o MTSM que no mesmo ano se tornou um movimento nacional (AMARANTE, 2007). Em 1987 é levantada a bandeira "Por uma sociedade sem manicômios" na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada na cidade do Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O Movimento passou a denunciar a violência dos manicômios, a violação de direitos, as condições precárias de funcionamento das instituições, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada manicomial, além de fazer crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005b).

Ainda em 1987, na cidade de São Paulo, é inaugurado o primeiro CAPS no Brasil, o Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, e em 1989 a Prefeitura Municipal de Santos – São Paulo inicia a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, manicômio particular com condições precárias de funcionamento e violação de direitos humanos. A partir desta intervenção, com repercussão nacional, se demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Neste período, também no município de Santos, são implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com funcionamento 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência de Santos foi considerada como um marco inicial no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005b).

Outros fatores que contribuíram para a Reforma Psiquiátrica brasileira foram a Constituição Federal de 88, a Reforma Sanitária e a criação do SUS. A participação social nas políticas de saúde teve um impulso decisivo com a introdução do capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988 e com a criação do SUS, regulamentado pela lei 8.080/90 (AMARANTE, 2007).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresenta um projeto de lei com o objetivo de regulamentar os direitos das pessoas com sofrimento psíquico assim como a redução progressiva dos manicômios, tornando-se um marco legislativo no campo da Reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005b).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar as primeiras leis estaduais que determinam a substituição gradual dos leitos em hospitais especializados por uma rede comunitária de atenção à saúde mental. As novas diretrizes do MS de 1992 ainda não haviam instituído uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. No ano 2000, o Brasil tem 208 CAPS em funcionamento, porém, cerca de 93% dos recursos da saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b).

Em 2001, a lei de autoria do Deputado Paulo Delgado é sancionada no Brasil. A chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/ 2001) formaliza a Política de Saúde Mental a nível nacional, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência à saúde mental. A lei assegura os direitos e a proteção dessas pessoas contra qualquer forma de discriminação, assim como o acesso ao melhor tratamento disponível de acordo com as necessidades do usuário, humanização, respeito e sua inserção na família, na

comunidade e no trabalho. A lei também assegura que a pessoa em sofrimento psíquico seja tratada, preferencialmente, em serviços de base comunitária e com direito a receber o maior número de informações possíveis sobre seu transtorno e tratamento (BRASIL, 2001).

No contexto da promulgação da lei 10.216/2001, linhas específicas de financiamento são criadas pelo MS para os serviços comunitários e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005b). Neste período, o processo de desinstitucionalização é impulsionado com a criação do Programa De Volta para Casa que confere auxílio financeiro aos beneficiários e tem por objetivo restituir o direito do sujeito em sofrimento psíquico de morar e conviver em liberdade, além de promover a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2003).

Outro marco importante, com ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares foi a III CNSM, realizada em 2001, que consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, incentiva a criação de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras substâncias psicoativas, confere aos CAPS o papel estratégico na implantação do novo modelo de cuidado, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005b).

Após a implementação da lei federal, segue um período de intensa formulação de regulamentações, com vistas a estabelecer serviços, modalidades de atendimento, entre outros. A Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 regulamentou os serviços substitutivos que surgiram no Brasil, tais como o CAPS e o NAPS, integrando-os à rede do SUS (BRASIL, 2002).

Em 2011 foi publicada a Portaria nº 3.088, que institui a RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta aos sujeitos em sofrimento psíquico visando o trabalho de reposicionamento subjetivo e reinserção sócio cultural, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as unidades de saúde da família, a partir da formulação e compartilhamentos de projetos terapêuticos singulares, realizando atendimentos compartilhados, estudos de caso, apoio matricial e articulando os recursos existentes em outras redes de atenção (BRASIL, 2011).

Os componentes da RAPS estão divididos entre: Atenção básica em saúde; Atenção Psicossocial; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A portaria nº 130/2012 redefine os CAPS de álcool e outras drogas (CAPS AD) III e os respectivos incentivos financeiros. A portaria 3588/2017 dispõe sobre a RAPS e regulamenta os CAPS da modalidade IV.

As Portarias detalham as atividades e os profissionais necessários nas equipes mínimas, assim como as cargas horárias, determinando diferentes modalidades para atender crianças e adolescentes, adultos com transtornos mentais ou sofrimento decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Os CAPS I são implementados em municípios com até 70 mil habitantes, os CAPS II (adulto, infantil ou AD) em municípios com até 200 mil habitantes. O horário de funcionamento dos CAPS I e II é realizado nos dois turnos nos cinco dias úteis da semana. O CAPS III atende pessoas maiores de 18 anos que apresentam sofrimento mental grave e persistente, oferece serviços de atenção contínua, funciona vinte e quatro horas por dia, os sete dias da semana, inclusive aos feriados e finais de semana, devendo ofertar o acolhimento noturno para as situações de crise e é indicado para atender os municípios que possuem população acima de 200 mil habitantes. O CAPS AD III atende adultos ou crianças e adolescentes em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras substâncias psicoativas, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. O serviço deve ter até doze leitos para acolhimento e monitoramento, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicado para municípios que tenham população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011).

O CAPS AD IV poderá se destinar a atender adultos ou crianças e adolescentes, conjuntamente ou separadamente. O CAPS AD IV deve ser implantado em municípios com população acima de 500.000 habitantes ou nas capitais dos estados (BRASIL, 2017).

O CAPS deve conter em sua estrutura física espaços para atendimento individual, atividades em grupo, refeitório, cozinha, espaço de convivência, posto de enfermagem, banheiros (com chuveiro, no caso de CAPS III e IV) e leitos para o acolhimento noturno (nos casos do CAPS III e CAPS IV). As equipes mínimas podem variar, dependendo da complexidade do serviço (BRASIL, 2017).

Conforme a Portaria nº 130/2012 a equipe do CAPS deve produzir o Projeto Terapêutico Singular (PTS) juntamente ao usuário e seus familiares, ampliando possibilidades de vida e suas relações sociais, estabelecendo um profissional de referência facilitador de vínculos com o usuário. Além disso, deve adequar a oferta de serviço às necessidades dos usuários, oferecendo cuidados às famílias, promovendo proteção e suporte, assim como a compreensão das Políticas Públicas e defesa dos direitos, através do trabalho interdisciplinar da equipe e com prioridade para espaços coletivos nos territórios. Em relação à responsabilidade do cuidado, o CAPS deve compartilhar as responsabilidades com outros pontos da rede de saúde, como a Atenção Básica, devendo realizar ação de apoio matricial a essa e com os hospitais nos momentos de internação dos usuários. Deve realizar o manejo de situações envolvendo comorbidades psiquiátricas e clínicas, atuar de maneira colaborativa com a rede de atenção a urgências e emergências, assim como acessar o Sistema Único de Assistência Social sempre que se fizer necessário (BRASIL, 2012).

Estima-se que aproximadamente 30,2 milhões de brasileiros possuem transtornos mentais leves ou moderados (WHO, 2017) e 6,9 milhões de brasileiros convivem com transtornos mentais graves e persistentes com demanda de cuidados intensivos e de forma contínua (ROTH, 2016). Os serviços de base comunitária têm sido importantes protagonistas no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Estima-se que pessoas convivendo com transtornos mentais tenham uma expectativa de vida reduzida entre 12 e 20 anos em relação à população geral (STORM *et al.*, 2020). Segundo Reilly *et al* (2015), os efeitos adversos da medicação e estilos de vida não saudáveis aumentam os riscos para a síndrome metabólica, hipertensão e diabetes, sendo estes alguns dos fatores que explicam essa redução. A fim de conseguir melhorar essa realidade, é necessário cada vez mais que os serviços de saúde mental providenciem cuidados clínicos apropriados para a prevenção, promoção e monitoramento.

O campo da atenção psicossocial no Brasil, pautado no cuidado em liberdade, respeito e autonomia das pessoas obteve avanços positivos ao longo dos anos com a expansão dos serviços de base comunitária (BRASIL, 2012). Os avanços no processo de desinstitucionalização foram significativos. Entre os anos de 2001 e 2022, houve uma redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos de 53.962 leitos em 2001 para 12.662 em 2022 (BRASIL, 2022a).

Segundo dados de junho/2022 do MS, o Brasil conta com 2.836 CAPS presentes em 1.810 municípios brasileiros, 224 equipes multiprofissionais, 70 unidades de acolhimento, 813 residências terapêuticas, 12.662 leitos em hospitais especializados e 1.952 leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2022a). Além dos CAPS, a Atenção Básica e outros serviços e estratégias compõem a rede de atenção à saúde mental, e seguem em um movimento de articulação.

3.1.1 A tentativa de desmonte na política de saúde mental no Brasil

A partir de 2016, foi observado um processo de desmonte na Política de Saúde mental brasileira, com redução no ritmo de implantação de novos serviços e nos financiamentos (ALMEIDA, 2019). A aprovação da Resolução nº 32/2017 do Ministério da Saúde, determinou o retorno dos hospitais psiquiátricos para o centro do sistema de saúde mental. A criação de Unidades psiquiátricas especializadas em hospitais gerais e ambulatório especializados de forma desconectada do território e sem integração com os CAPS poderá levar a uma fragmentação do sistema (ALMEIDA, 2019).

A partir de 1990, verificou-se um aumento considerável na procura por tratamentos para pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas (SP) e houve a crescente expansão do número de comunidades terapêuticas (CTs) no Brasil (ALVES, 2009). A proposta das CTs no Brasil foi discutida pelo Ministério da Saúde através da Política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). As comunidades terapêuticas foram regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária através da resolução nº 101/2001, de 10 de maio de 2001, oferecem um tratamento residencial fechado, fundamentado na concepção de que é preciso retirar o sujeito do ambiente em que ocorre o consumo de substâncias psicoativas (SABINO; CAZANAVE, 2005).

Ribeiro e Minayo (2015) afirmam que o ideário das CT brasileiras pressupõe que a recuperação e a reabilitação dos usuários só podem ocorrer por meio da evangelização e da conversão religiosa. Entre algumas diretrizes básicas que são comuns entre as CTs estão: o sistema bem estruturado que define horários e regras que delimitam as responsabilidades de cada interno, são construídas na maioria das vezes, na zona rural, e fundadas em regras de privação de liberdade e na disciplina- o distanciamento dos internos de seu local de origem, rompimento dos laços sociais,

a exploração do trabalho disfarçada com o discurso da laborterapia, o trabalho em grupo e a abstinência total do uso de drogas como requisito para permanência no serviço (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Pitta (2011) afirma que tal modelo de serviço apenas enclausura o problema. Um estudo de Leal, Santos e Jesus (2016) revelou que, no estado do Espírito Santo, a solução ofertada às pessoas que fazem uso de vários tipos de substâncias psicoativas tem sido o isolamento em instituições privadas, clínicas ou CT, revelando marcante dissonância com o que é preconizado pela reforma psiquiátrica.

As Comunidades terapêuticas surgiram na Inglaterra, em meados do século XX, quando o médico Maxwell Jones inicia o movimento da Reforma da Psiquiatria mundial, desenvolvendo um modelo de CT que visava uma maior participação do paciente no seu próprio processo de tratamento, contudo a expansão dessas instituições no Brasil em nada se assemelham ao modelo inicial proposto e tem sido acompanhada por uma série de denúncias de violação aos direitos humanos (BARDI; GARCIA, 2022).

As comunidades terapêuticas funcionam a partir de uma lógica manicomial, com ausência de PTS, privação de liberdade, rompimento de laços sociais, violação de liberdade religiosa, exploração do trabalho disfarçado como ferramenta de disciplina, sanções rígidas, indícios de tortura e inúmeros exemplos de violações de direitos humanos identificados em relatórios de inspeções nacionais realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, Ministério Público Federal e demais órgãos fiscalizadores no ano de 2017 (BRASIL, 2018a).

Em 2020, o Governo Federal através da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas destinou um orçamento de R\$ 10,2 milhões de reais para a criação de 1.456 vagas em 287 Comunidades terapêuticas do país. O avanço das comunidades terapêuticas no Brasil aponta para um retorno ao paradigma manicomial, com financiamento público para internações baseadas em laborterapia e conversão religiosa (BARDI; GARCIA, 2022).

Mais um retrocesso aconteceu quando, em 2020, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGETS), apresentou uma proposta de revisão da RAPS em reunião com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no dia 03 de dezembro. A proposta foi baseada no documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”, elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com

outras entidades médicas. A proposta apresentava divergências com o atual modelo de Atenção Psicossocial e entre as principais mudanças sugeridas pelo Governo Federal estavam o fechamento do programa consultório na rua, dos serviços residenciais terapêuticos (SRT) e o fim do Programa de Volta para Casa.

Em 2022, o Ministério da Cidadania, por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, publicou edital de chamamento público nº 3/2022 para a seleção de até 33 propostas de Hospitais Psiquiátricos na modalidade de internação, hospital-dia, ambulatório ou pronto atendimento para o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial e abusivo de substâncias psicoativas, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2022b). O edital representa o financiamento de hospitais psiquiátricos sem a devida interlocução com a rede de atenção à saúde.

Depois dos retrocessos ocorridos nos últimos anos acentuados na gestão do ex-presidente Jair Bolsonaro, com grandes investimentos públicos para o financiamento e ampliação de vagas em comunidades terapêuticas, tentativa do retorno dos hospitais psiquiátricos como recurso central da RAPS no mesmo contexto em que as políticas públicas de saúde mental e de assistência social passaram por um processo de desfinanciamento e redução no ritmo de implantação de novos serviços comunitários, parece oportuno que, paralelamente aos movimentos de resistência e enfrentamento, sejam realizadas avaliações dos serviços de saúde a fim de garantir o desenvolvimento do cuidado psicossocial a partir dos princípios e conquistas alcançadas através dos movimentos de luta da reforma psiquiátrica brasileira.

3.2 SAÚDE MENTAL E O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A criação de novos modelos assistenciais em saúde se dá a partir da implementação de novas tecnologias, processos de formação, criação de novos serviços, práticas de gestão, arcabouço legal, governança, financiamento e métodos de avaliação (TRAPÉ; CAMPOS, 2017). Mudanças organizativas no nível sistêmico influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo em que a realidade das unidades impõe alterações no modelo hegemônico com a necessidade de superar reducionismo biomédico e de resgate da autonomia e cidadania do usuário (TRAPÉ; CAMPOS, 2017). As especificidades da clínica de atenção psicossocial, com o seu duplo eixo,

clínico e político, apresenta-se através da postura questionadora e reflexiva, da centralidade às necessidades do usuário, suas vulnerabilidades, assim como todos os aspectos subjetivos que envolvem a produção do cuidado (GODOY, 2015).

Na atenção psicossocial, o objeto de trabalho não é mais a doença e sim o sujeito em sofrimento psíquico, coloca a doença entre parênteses e olha para a experiência vivida pelo sujeito reconhecendo a complexidade do processo saúde doença e elegendo o território como um importante espaço para a produção do cuidado em saúde (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010; GUIMARÃES, 2012). O território aqui não é considerado apenas o domicílio do sujeito, mas um conjunto de referências sociais e culturais que molduram o seu cotidiano, o seu projeto de vida, e sua inserção no mundo (DELGADO, 1999).

Como meios de trabalho, utilizam-se recursos interprofissionais a partir da integração dos processos de trabalho, a centralidade no usuário, o técnico de referência como facilitador de vínculos e um amplo conjunto de dispositivos comunitários para a promoção da reintegração sociocultural. O cenário das práticas são os serviços territoriais abertos. As relações intra-institucionais acontecem através de organogramas horizontais, horizontalização das relações de poder, ênfase na participação de usuários e familiares na gestão dos serviços e o suporte compatível com a singularidade. A finalidade do modelo de atenção psicossocial se dá pela subjetivação da queixa, desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural, reposicionamento subjetivo e reinserção sociocultural (COSTA-ROSA, 2000).

3.2.1 Atenção à situação de crise

A atenção à situação de crise representa um dos aspectos mais difíceis e desafiadores para os CAPS. No contexto da atenção psicossocial, a situação de crise e sofrimento está para além da pessoa, envolve seu conjunto de relações. A crise é entendida como o resultado de uma série de fatores, que podem envolver relações com familiares, amigos, vizinhos ou o resultado de um momento de diminuição do limiar de solidariedade de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos financeiros, e retrata uma situação que na maioria das vezes se refere mais ao aspecto social do que biológico (AMARANTE, 2007). Logo, entende-se a crise, não apenas como um estado de agudização da sintomatologia psiquiátrica, mas como um

momento atravessado por situações de conflito e/ou rupturas dos vínculos sociais, os quais envolvem intenso sofrimento psíquico para a pessoa e/ou seu entorno (PIAUÍ, 2017).

O primeiro recurso que deve ser utilizado nas situações de crise é o acolhimento como forma de aproximação e construção de um vínculo com a pessoa. Nesse momento, é importante pensar em quem tem mais aproximação e condição de diálogo com a pessoa em situação de crise (PIAUÍ, 2017). Por isso é necessário que os CAPS possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todos os usuários possam ser ouvidos, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É preciso também que sejam estabelecidos vínculos afetivos entre profissionais e usuários, para que eles se sintam realmente ouvidos e acolhidos numa rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam e sujeitos que vivenciam as problemáticas. As pessoas precisam ser orientadas e na medida do possível envolvidas nas soluções, nos encaminhamentos e em tratamentos construídos de comum acordo (AMARANTE, 2007).

Os CAPS são lugares onde a crise deve ser acolhida e vivenciada, e para isso deve apresentar uma estrutura flexível possibilitando o melhor cuidado em saúde mental. Os CAPS da modalidade III e IV funcionam 24 horas e oferecem leitos de atenção à crise. São leitos em salas abertas que possibilitam que os usuários em crise circulem em todos os outros espaços dos CAPS. A atenção à crise extrapola o caso, considerando as demandas oriundas dos familiares, assim como o compartilhamento da atenção.

3.2.2 Clínica ampliada e o Projeto Terapêutico Singular

Na perspectiva da saúde coletiva, ampliar e compartilhar a clínica é construir processos de cuidado em saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa e negociada. A clínica ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que as pessoas se responsabilizem por pessoas. A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial contribui muito para a mudança desta cultura. Pensar o objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio (BRASIL, 2009).

O PTS é um conjunto de propostas de ações e condutas terapêuticas articuladas para o usuário, a partir da discussão coletiva de uma equipe

interdisciplinar, onde cada profissional contribui com os saberes próprios de sua formação, havendo trocas de experiências e compartilhamento de ideias, construído juntamente ao usuário para que ao final possa contribuir para uma assistência mais resolutiva. O indivíduo, grupo ou comunidade deve estar sempre no centro dos planejamentos e ações, desenvolvendo assim a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo e nos objetivos de curto, médio e longo prazo do PTS (BRASIL, 2009).

A construção do PTS geralmente é indicada para as situações mais complexas. Nos espaços de atenção à saúde mental é uma importante ferramenta para a condução dos casos, indo além do diagnóstico e da medicação prescrita, valorizando aspectos do contexto social, econômico e familiar dos usuários além de incentivar a atuação integrada da equipe interprofissional. É uma reunião de toda a equipe, junto ao usuário e família, para auxiliar o sujeito que possua alguma demanda de cuidado em saúde, para que em seguida possa haver uma definição de propostas de ações que envolvam o projeto de vida do usuário. O PTS contém quatro movimentos (BRASIL, 2009).

- a) Definir hipóteses diagnósticas: este momento deverá conter uma avaliação das vulnerabilidades e riscos, compreensão dos desejos, da cultura, família, rede social e de apoio do usuário.
- b) Definição de metas: a partir dos diagnósticos realizados, a equipe lança propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas pelo profissional que tiver um melhor vínculo estabelecido com o usuário.
- c) Divisão de responsabilidades: deve-se definir as tarefas de cada membro envolvido no PTS. A escolha de um profissional de referência, aquele que a família procura quando sente necessidade e que aciona a equipe caso aconteça um evento importante, favorece a articulação entre formulação, ações e reavaliações do PTS. O profissional de referência pode ser qualquer componente da equipe independente de sua formação.
- d) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução do usuário e se haverá necessidade de se incluir novos objetivos (BRASIL, 2009).

3.2.3 Grupos terapêuticos

No campo da Saúde Mental, os grupos operativos, terapêuticos, de convivência, de geração de renda, a abordagem familiar e as redes de apoio do indivíduo estão entre os principais dispositivos comunitários (BRASIL, 2013). O grupo terapêutico enquanto tecnologia de cuidado e desde que bem pensado quanto à finalidade, estrutura e manejo, pode promover trocas de experiências e importantes transformações subjetivas que não seriam alcançáveis em um atendimento individual. O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes, se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo, partindo do reconhecimento da experiência do outro e de seus territórios existenciais atravessados por fatores sociais, culturais e políticos que possibilitam a formação de um grupo-sujeito, no qual o sujeito é agente coletivo dos enunciados.

A pluralidade de seus integrantes, as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências, e o estímulo à ampliação dos sujeitos estão entre os pontos positivos dos grupos terapêuticos. O grupo é um ponto da rede social de cuidado aos usuários no território de referência. Quando na proposição de um novo grupo, é preciso saber se este atende ao objetivo de atenção integral com impacto na saúde e na autonomia das pessoas, e deve-se buscar a diversidade grupal, reconhecendo e fazendo-se reconhecer os sujeitos como pertencentes a um território comum. Deve-se enfatizar o grupo como lugar do encontro entre sujeitos, às pessoas como singularidades em permanente produção de si e do mundo (BRASIL, 2013).

3.2.4 Intersetorialidade

A complexidade que envolve o setor da saúde não permite uma abordagem fragmentada. Os problemas sociais se manifestam e são identificados por setores, mas a busca por sua solução depende da atuação de diversas políticas públicas atuando de forma conjunta e integrada (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006; PAULI, 2007). A abordagem intersetorial do trabalho em saúde mental incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, organização da atenção à saúde mental em rede, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia de usuários e familiares, corresponsabilização do cuidado, e considera o cidadão na sua totalidade com a concepção de integralidade em saúde (JUNQUEIRA, 2004; PAULI, 2007). Alguns elementos são fundamentais para que esse potencial se efetive. É preciso superar a fragmentação e a compartimentalização do processo de

trabalho dentro do setor saúde, centrado no modelo biomédico, e incorporar uma cultura de cooperação e de complementaridade dos diferentes saberes, adotar a intersetorialidade como um processo integrado de transformação da assistência articulado com a população (UFSC, 2010).

A produção do cuidado deve ter estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral aos usuários, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, promovendo a partir das ações intersetoriais estratégias de acesso dos usuários ao lazer, cultura, esportes, geração de renda, educação, moradia e outras (BRASIL, 2004).

3.2.5 Educação permanente

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é definida pelo MS como a aprendizagem no trabalho, onde o ensinar e o aprender são incorporados ao cotidiano das instituições. A EPS é uma estratégia pedagógica que utiliza como objeto de trabalho os problemas e necessidades emanados no processo de trabalho em saúde. Tem como objetivo gerar reflexões e transformar as práticas do serviço, o aperfeiçoamento do processo de trabalho, autogestão, mudanças institucionais, a promoção de mudanças na atenção à saúde, a melhoria do acesso, qualidade e humanização no atendimento, assim como o fortalecimento da gestão política e institucional do SUS e o controle social (BRASIL, 2018b).

3.2.6 Supervisão clínico-institucional

A oferta de supervisão clínico-institucional foi incorporada aos CAPS atendendo ao resultado da deliberação de grupo de trabalho realizado durante o I Congresso Brasileiro de CAPS. A portaria ministerial 1.174/2005 destina incentivo financeiro para o Distrito Federal, os estados e os municípios, em caráter emergencial e temporário, para que os municípios desenvolvam o Programa de Qualificação do Atendimento e da Gestão dos CAPS e dentre as ações incluídas no programa está a de supervisão clínico-institucional semanal (BRASIL, 2005a).

Entende-se por supervisão clínico-institucional o trabalho de um profissional externo ao CAPS, este deve ter habilitação técnica e prática comprovada, e deve

trabalhar junto a equipe CAPS de 3 a 4 horas por semana com o objetivo de acompanhar o trabalho realizado pela equipe dos CAPS, a formulação dos projetos terapêuticos singulares de usuários, a mediação das demandas institucionais, de gestão, de processo de trabalho todas as outras que se fizerem importante para o bom desempenho da qualidade da produção de cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005a).

A cada discussão de caso que acontece o supervisor clínico-institucional precisa contextualizar a condição clínica do paciente, considerando todas as dinâmicas existentes entre a RAPS e o território. A discussão dos casos precisa considerar todo o contexto o qual o caso está inserido, como o serviço, gestão, políticas públicas e a rede de atenção existente buscando sempre priorizar o diálogo a respeito das dimensões clínicas e políticas que permeiam o processo de cuidado (BRASIL, 2007).

Espera-se haver um ambiente favorável para o desenvolvimento do trabalho de supervisão clínico-institucional com o acolhimento da equipe, assim como o supervisor também possa acolhê-la nos momentos de tensões internas e sobrecargas. Cabe ao supervisor auxiliar a equipe a buscar a cada caso clínico que se apresenta a construção de conceitos como o de rede de serviços de saúde, políticas intersetoriais e os conceitos referentes ao território, o lugar de vida do sujeito, e suas interações. O sujeito, a rede e o território se articulando da melhor forma para a construção do projeto terapêutico e o CAPS apoiando a família e o usuário na construção na construção do seu projeto de vida (BRASIL, 2007).

3.2.7 A participação dos familiares nos serviços

Nos anos 90, usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares organizados em associações foram considerados importantes atores no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e da construção de uma rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico clássico asilar. Realizada em 1992, a II CNSM foi marcada pela participação expressiva de usuários dos serviços de saúde mental e familiares. A partir dos movimentos sociais, nas militâncias, no dia a dia dos serviços de saúde mental e na luta por uma sociedade sem manicômios, usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, e avançar nas conquistas por mudanças nas políticas públicas (BRASIL, 2005b).

A partir da implantação do novo modelo de atenção à saúde mental, os serviços substitutivos buscam inserir os familiares no papel de responsabilidade pelo cuidado de seus membros e torná-los agentes de transformações nos diversos cenários da assistência, destacando-se a coparticipação e corresponsabilidade no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Trazer a família para o serviço de saúde mental e fazer dela um agente ativo de participação, e de transformação, representa para os profissionais de saúde um desafio e, ao mesmo tempo, uma mudança de práticas terapêuticas (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

O comprometimento da família direcionado ao cuidado do usuário em sofrimento psíquico passa a exigir a reorganização da família e aquisição de novas habilidades (AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Compete aos profissionais apoiá-la, orientá-la e fortalecê-la quando esta se encontrar fragilizada e sobrecarregada. Os familiares podem se tornar um parceiro da equipe no processo de produção do cuidado, facilitando as ações de promoção da saúde e reinserção social do indivíduo na comunidade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). O profissional de saúde passa a alocar esforços na coletividade dos relacionamentos afetivos, sociais, e em especial no contexto familiar, reconhecendo a família no campo da saúde mental como um importante recurso terapêutico da atenção psicossocial (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

3.3 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A partir da construção do modelo de atenção psicossocial e considerando a complexidade da temática, processos avaliativos são necessários para acompanhar a implementação do novo modelo de cuidado (LIMA; SCHNEIDER, 2013). O processo avaliativo em saúde faz parte do planejamento e gestão dos serviços (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Um sistema de avaliação eficaz deve possibilitar a reordenação das ações e dos serviços, contemplando as necessidades do seu público, e possibilitando maior racionalidade na utilização dos recursos (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Os serviços de saúde devem ser potencializados a partir de reflexões aprofundadas, com vistas a garantir a maior efetividade, eficácia e melhoria da vida dos usuários (COSTA *et al.*, 2015).

Os modelos avaliativos clássicos utilizavam, como parâmetros para a formulação de indicadores, o quantitativo de consultas ambulatoriais e número de

leitos hospitalares (PINHEIRO *et al.*, 2007). Os novos serviços implantados no Brasil e os novos dispositivos em saúde mental exigem a construção de novas formas de captar as subjetividades que envolvem a produção de cuidado em saúde mental (PINHEIRO *et al.*, 2007). A importância da inclusão de não especialistas, através da inserção de grupos de interesse nas diversas etapas do processo de avaliação, vem sendo implementada, com vistas a aumentar as chances de uso dos resultados da avaliação e potencializar os efeitos do próprio processo avaliativo (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

A Organização Mundial da Saúde produz sistematicamente informes técnicos buscando estimular a criação de indicadores de saúde mental. Entre os eixos propostos estão as políticas e programas de saúde mental, reabilitação psicossocial, ações intersetoriais, direitos dos usuários, recursos humanos e atenção primária. Outro aspecto importante no processo de avaliação dos serviços é apontar a necessidade de que as avaliações aconteçam de forma contínua e permanente e que estejam inseridas de forma cotidiana no processo de trabalho (PINHEIRO *et al.*, 2007).

No Brasil, as primeiras avaliações do novo modelo de cuidado em saúde mental surgem a partir da década de 1990 com os estudos de Pitta *et al.* (1995) e Libério (1999), que avaliam a qualidade da atenção nos CAPS.

A divisão de saúde da OMS, no contexto do estudo multicêntrico WHO-SATIS, elaborou dois instrumentos para avaliação dos serviços de saúde mental. A adaptação e validação para o Brasil foi realizada por Bandeira, Pitta e Mercier (2000). A escala SATIS-BR avalia a satisfação dos três grupos: usuários, profissionais e familiares. A escala IMPACTO-BR visa avaliar a sobrecarga sentida pelos profissionais de saúde mental, trata-se de um questionário auto-administrado que pode ser preenchido pelos próprios membros da equipe, sem que o pesquisador necessite fazer uma entrevista para este fim (BANDEIRA; PITTA; MERCIER, 2000).

Almeida e Escorel (2001) apontam a necessidade de os processos avaliativos permitirem retroalimentações com o objetivo de minimizar entraves.

Jaegger *et al.* (2004) avaliaram o grau de satisfação dos usuários moradores de residências terapêuticas, os resultados do estudo trouxeram indicativos positivos sobre a efetividade das estratégias substitutivas e mostraram a importância dos SRT como dispositivos para o cuidado e para a inserção comunitária.

Em estudo avaliativo de abordagem qualitativa realizado na cidade de Campinas nos CAPS III, Onocko-Campos *et al.* (2009) constataram alta eficácia no

manejo de usuários e familiares durante a crise e reabilitação psicossocial. Por outro lado, neste mesmo estudo, a equipe de profissionais refere um alto número de usuários por profissional de referência, o que compromete a singularização da atenção para a construção do PTS. De acordo com Onocko-Campos (2009) os trabalhadores dos CAPS apontam como geradores de sobrecarga o grande número de usuários, as dificuldades de diálogos com a RAPS e a falta de recursos junto às vulnerabilidades sociais dos usuários.

Em estudo realizado por Kantorski *et al.* (2009) com amostra de 1.162 usuários em 30 CAPS nos três estados da região Sul, utilizando-se a avaliação quantitativa através da escala de satisfação SATIS, obteve-se como resultados uma avaliação de satisfação positiva para todos os itens, apresentando escore médio de 4,4 (DP= 0,4) numa escala de 1 a 5. De acordo com os resultados, 95,9% dos usuários entrevistados voltariam ao serviço caso precisassem de ajuda e 96,9% dos usuários recomendariam o serviço para um amigo ou familiar.

Tomasi *et al.* (2010) observaram nos usuários com maior tempo de CAPS e frequentadores da modalidade intensiva, reduções no número de crises, redução na quantidade de medicamentos utilizados e redução no número de internações psiquiátricas. Entre os usuários da modalidade não intensiva, houve redução na quantidade de medicações utilizadas e aumento na participação em oficinas terapêuticas.

O estudo conduzido por Duarte e Kantorski (2011), que teve por objetivo avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares, apontou que apenas um familiar compareceu no grupo semanal destinado às famílias, evidenciando que a equipe do CAPS encontra dificuldades em trazer a família para participar do cotidiano do serviço.

Em estudo de Silva *et al.* (2012) os usuários relataram melhoras na autoconfiança, no humor, no interesse pela vida, na qualidade do sono, na estabilidade emocional e na capacidade de suportar situações difíceis e problemas pessoais.

Santos e Cardoso (2014) em estudo que objetivou avaliar a satisfação de familiares cuidadores de usuários de serviço comunitário em saúde mental verificou que 70,37% dos familiares referiram não terem participado no ano anterior de nenhuma atividade no serviço. Entre os que participaram, a reunião de familiares foi a atividade mais frequentada, seguida por atendimentos individuais quando chamados aos serviços. Em relação a terem recebido informações sobre a doença do usuário,

79,63% dos familiares afirmam ter recebido, sendo que estas informações foram claras ou muito claras para 64,81% dos familiares e no que diz respeito às informações sobre o tratamento do usuário 79,62% dos familiares cuidadores afirmam ter recebido, sendo consideradas claras ou muito claras por 66,67%.

Em revisão sistemática de literatura sobre avaliação de serviços em saúde mental no Brasil, Costa *et al.* (2015) analisaram 35 estudos publicados sobre a temática, todos concentrados nas regiões Sul e Sudeste, com 20 deles avaliando serviços da região Sudeste, e 15 da Sul. Os CAPS foram avaliados em 24 estudos (68,6%). Sobre a metodologia, 15 estudos tiveram abordagem qualitativa (42,9%), 14 estudos tiveram abordagem quantitativa (40%) e seis artigos (17,1%) tiveram abordagem mista. Em relação a coleta dos dados, as entrevistas foram realizadas em 17 artigos (48,6%), escalas e questionários foram utilizados em 16 estudos (45,7%), sendo a escala SATIS-BR um dos instrumentos mais comuns (34,3%) seguido da escala IMPACTO-BR. Outras formas de coleta de dados foram os prontuários clínicos (três estudos), grupos focais (quatro) e observação de campo (sete). Usuários do serviços foram a população-alvo em 22 estudos, profissionais dos serviços em 23 estudos, os familiares em 19 estudos, gestores dos serviços ou da rede em três estudos e vinte e um estudos avaliaram mais de um grupo.

Costa *et al.* (2015) verificou a insatisfação dos profissionais relacionada à infraestrutura, sobrecarga de trabalho, alta demanda de usuários, à falta de recursos humanos e formação insuficiente. Além disso, pontuou-se o número insuficiente de CAPS, principalmente CAPS AD e CAPS infantil, as dificuldades com o excesso de responsabilidade pelos casos, com atuação isolada de alguns profissionais, projetos terapêuticos e atividades estabelecidas sem levar em conta a necessidade dos usuários e questões relacionadas à saúde global dos usuários, e em alguns casos, a falta de conhecimento sobre o modelo de atenção psicossocial.

No que diz respeito ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que se destaca como uma iniciativa avaliativa nacional, apresenta quatro indicadores de monitoramento das práticas em saúde mental, a seguir: proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas; Proporção de atendimentos de usuário de álcool; Proporção de atendimentos de usuário de drogas; Taxa de prevalência de alcoolismo (BRASIL, 2015a). A inclusão de indicadores de saúde mental no PMAQ-AB representou um avanço visto que a atenção básica faz parte da RAPS deve ser

qualificada e fortalecida para a articulação do cuidado integral em saúde mental da população, contudo, os indicadores são incipientes para avaliar como a atenção básica se articula com a RAPS na atenção psicossocial.

Em estudo realizado por Sampaio e Bispo (2021) no que se refere a avaliação da estrutura da RAPS, a rede assistencial apresentou sobrecarga nos serviços, dificuldades para o acesso e filas de espera.

Em estudo conduzido por Treichel e Campos (2022) em um município paulistano no CAPS II, 99,3% dos usuários receberam consulta médica de saúde mental e 90,1% receberam atendimento individual com profissional da equipe multidisciplinar. Por outro lado, a oferta de atendimentos coletivos (8,96%) e de oficinas terapêuticas (9,2%) foi baixa. No CAPS AD houve destaque para alta proporção de atendimentos individuais (89,9%), porém apenas 58,2% dos usuários haviam recebido consultas médicas no último ano. O ambulatório de saúde mental atingiu alta proporção de consultas médicas (97%) e baixo índice de atendimentos individuais por profissional de equipe multidisciplinar (28,4%), além dos baixos indicadores de atendimento coletivo (0), oficinas terapêuticas (0), atividade física (0) e atividade comunitária (0).

Onocko-Campos *et al.* (2017) publicaram um desenho participativo com uma série de indicadores construídos para avaliação de CAPS III. O conjunto dos indicadores foi elaborado a partir de pesquisa participativa com trabalhadores e gestores dos CAPS, selecionados a partir de critérios como formação universitária, desejo e disponibilidade para participar integralmente do projeto e mais de seis meses de atuação nos serviços, participando da pesquisa 58 trabalhadores e gestores de 25 CAPS do Estado de São Paulo. Com o objetivo de nivelar o grupo e facilitar a elaboração dos indicadores, foi proposto um curso sobre avaliação em saúde mental, com 120 horas de duração, que ocorreu por 11 meses. O grupo de trabalhadores e gestores participantes foi dividido em duas turmas. Durante os encontros presenciais ocorreram os Grupos de Apreciação Partilhada (GAP), apoiados por mestrandos e doutorandos das duas universidades envolvidas. Cada GAP era formado por 10 participantes, e acompanhado ao longo do ano pelo mesmo apoiador. Na parte da manhã as temáticas abordadas eram aprofundadas e na parte da tarde eram esboçados os indicadores.

A metodologia da utilização do GAP possibilita a expressão do maior número possível de membros em torno da reflexão e da avaliação da ação empreendida,

contemplando assim as questões que perpassam o cotidiano dos trabalhadores e gestores. Tendo em vista que o processo de construção e elaboração dos indicadores ocorreu com a efetiva participação de grupos de interesse (trabalhadores e gestores dos CAPS) e considerando a importância de utilizá-los e testá-los em outras regiões do Brasil, selecionou-se para o desenvolvimento desta dissertação o conjunto de 16 indicadores de atenção psicossocial.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo descritivo de abordagem quantitativa baseado em análise documental.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Foram incluídos no estudo três CAPS localizados no município de João Pessoa. Os três serviços estudados são CAPS III (funcionam 24 horas por dia, sete dias da semana, incluindo feriados).

O CAPS Caminhar e CAPS Gutemberg Botelho, da modalidade transtornos mentais e de gestão municipal, e o CAPS AD Jovem Cidadão modalidade álcool e outras drogas, com gestão estadual. O CAPS AD David Capistrano não foi incluído neste estudo devido ao seu funcionamento anormal, ocorrendo temporariamente na Policlínica Municipal, o que inviabilizou a coleta de dados dos indicadores.

A partir de um levantamento conduzido previamente, foi possível identificar que durante o período desta pesquisa havia 1.108 usuários ativos no CAPS Gutemberg Botelho, 1.157 usuários ativos no CAPS Caminhar e 743 usuários ativos no CAPS Jovem Cidadão.

Em relação a dimensão do número de leitos para a atenção 24 horas, o CAPS Gutemberg Botelho dispõe de seis leitos, o CAPS Caminhar oito leitos e o CAPS Jovem Cidadão conta com 10 leitos. Com relação a cobertura territorial, o CAPS Gutemberg Botelho atende aos usuários do Distrito Sanitário I, IV, e V e o CAPS Caminhar atende aos usuários dos Distritos II e III. O CAPS Jovem Cidadão atende todo o território do distrito IV, alguns bairros do distrito III e V e alguns municípios da Paraíba.

4.3 INDICADORES

A fim de responder os objetivos deste estudo, foram utilizados 16 indicadores (Quadro 1) de saúde mental elaborados em pesquisa participativa com 58 trabalhadores e gestores de CAPS III (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017). Os

indicadores possuem metodologia de cálculo por razão, analisando oito dimensões da atenção psicossocial (atenção às situações de crise, qualificação dos atendimentos grupais, gestão de CAPS, EPS, singularização da atenção, uso de medicação em caps, atenção às pessoas com DI e trabalho em rede) e, dependendo do indicador, possuem abrangência temporal mensal, trimestral, semestral ou anual. Os autores não propuseram parâmetros ou pontos de corte para julgar o resultado dos cálculos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2017).

4.4 FONTE DE DADOS

Diferentes fontes de dados foram utilizadas para a construção dos indicadores (Quadro 1). Foram analisados 2.664 prontuários, oito livros de plantão da enfermagem, sete livros de plantão de equipe multiprofissional, dois livros de atividades coletivas, cinco livros de reunião de equipe, um livro de encaminhamentos para outros serviços e um livro de admissão.

Para o indicador *Atendimento às situações de crise* foram contabilizados o número de usuários ocupantes dos leitos de atenção 24 horas obtidos no livro da enfermagem, evitando registros repetidos do mesmo usuário. Para identificar os usuários encaminhados para urgência psiquiátrica (PASM ou Hospital Juliano Moreira), obtidos no livro da enfermagem, tomou-se o cuidado de registrar o motivo do encaminhamento, uma vez que havia casos de encaminhamento apenas para prescrição medicamentosa, sem relação com o manejo da crise.

Para o indicador *Atenção à família de paciente em crise*, considerou-se os registros de atendimentos no livro multiprofissional que incluem alguma oferta terapêutica destinada aos familiares, a partir de palavras-chave como escuta qualificada, acolhimento, atendimento.

Na dimensão *Qualificação dos atendimentos grupais*, considerou-se para o indicador *Participação nos grupos de família*, o número total de usuários ativos referidos pelos serviços e o número de núcleos familiares participantes dos grupos, sendo identificados no livro de atividades do CAPS Gutemberg Botelho e no livro de plantão de equipe multiprofissional nos CAPS Jovem Cidadão e CAPS Caminhar.

Para o indicador de *qualificação de atendimentos grupais*, o número de reuniões gerais da unidade e o número de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos foram contabilizados através dos livros de ata de reuniões para os três CAPS estudados.

Para o indicador de *PTS compartilhado*, o número total de PTS foi contabilizado através da identificação dos prontuários em que haviam PTS formulados. O número de PTS elaborados em conjunto com outros serviços também foi identificado nos prontuários.

Para o indicador *Participação do gerente*, não foi possível quantificar o número de espaços em que o gestor participa. Este indicador foi inviável nos serviços.

Para o indicador *Recursos humanos de nível superior*, o número de horas de profissionais universitários foi contabilizado através das informações repassadas pelo setor de recursos humanos de cada CAPS e para cálculo do indicador a carga horária semanal dos profissionais foi multiplicada por 26 semanas contabilizando assim a carga horária para o semestre.

Os registros das ações de EPS foram localizados no livro de atas de reuniões, porém não estava claro o tempo de duração de cada ação. Não foram localizados certificados e folhas de frequência, documentos necessários para o cálculo deste indicador. Dessa forma, o indicador *EPS* foi inviável nos serviços estudados.

A *supervisão clínico-institucional* não acontece nos serviços estudados, portanto este indicador não foi considerado para as análises.

O número total de PTS discutidos em equipe foi identificado através do livro de reuniões e o número total de usuários com PTS foi localizado através da análise dos prontuários dos serviços.

O número de usuários de CAPS foi identificado através de planilha administrativa do serviço e a quantidade de profissionais de referência de nível superior foi repassado pelo setor de recursos humanos.

As informações de quantidade de medicação prescrita no mês e quantidade de medicação não retirada não estavam disponíveis, dessa forma o indicador *adesão do usuário à medicação* não pôde ser calculado.

O indicador *Inserção do usuário com DI no CAPS* foi inviável nos três CAPS estudados devido a indisponibilidade da informação do número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao CAPS. O número de usuários com DI inseridos nos CAPS foi contabilizado através de planilhas administrativas dos serviços estudados.

A quantidade de usuários com DI que têm PTS compartilhado foi identificada por meio de uma pasta isolada de prontuários no CAPS Gutemberg Botelho. Nos demais serviços não foi possível localizar esses casos.

O número de usuários residentes em SRT foi identificado através da contagem de prontuários localizados em pastas específicas e o número de usuários com DI residentes em SRT foi identificado através da presença dos CID's F70, F71, F72, F73, F78 e F79 nos prontuários.

Quadro 1. Dimensões, indicadores, fontes de dados, referência temporal e método de cálculo dos indicadores de avaliação para os Centros de Atenção Psicossocial (continua).

Dimensão	Indicador	Fonte de dados	Referência	Cálculo
Atenção às situações de crise	Atendimento às situações de crise	Livro da enfermagem Livro multiprofissional Livro de encaminhamentos	Mensal	Nº de pacientes em situação de crise encaminhados / Nº total de pacientes em situação de crise
	Atenção à família de paciente em crise	Livro da enfermagem Livro multiprofissional	Mensal	Nº de núcleos familiares de paciente em situação de crise atendidas / Total pacientes em situação de crise
Qualificação dos atendimentos grupais	Participação nos grupos de família	Livro de atividades Livro multiprofissional	Trimestral	Nº de núcleos familiares participantes dos grupos / Nº de pacientes ativos
	Qualificação dos atendimentos grupais	Livro de reuniões	Trimestral	Nº de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos / Nº de reuniões gerais da unidade
	Projeto Terapêutico Singular compartilhados	Prontuários	Semestral	Nº de PTS compartilhados / Nº total de PTS
Gestão de CAPS	Participação do gerente	Não realizado	Mensal	Nº de espaços em que gestor do serviço participa / Total de espaços definidos

	Recursos humanos de nível superior	Planilha dos recursos humanos	Semestral	Nº de horas de profissionais universitários / 100.000 habitantes
EPS	Investimento em ações de EPS	Livro de reuniões	Anual	Nº de horas de trabalho utilizadas para EP / Carga horária total de trabalho
	Oferta de supervisão clínico- - institucional	Não realizado	Trimestral	Nº total de horas de supervisão no trimestre / 3

Quadro 1. Dimensões, indicadores, fontes de dados, referência temporal e método de cálculo dos indicadores de avaliação para os Centros de Atenção Psicossocial (conclusão).

Singularização da atenção	Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	Prontuários	Trimestral	Nº de PTS / Nº de usuários ativos
	Revisão sistemática de PTS na equipe	Livro de reuniões	Trimestral	Nº de PTS discutido em equipe / Nº total de usuários com PTS
	Quantidade de casos por referência profissional universitário	Planilha do serviço	Trimestral	Nº de usuários do Caps / Quant. Prof. de referência
Indicador de uso de medicação em CAPS	Adesão do usuário à medicação	Não realizado	Mensal	Quantidade de medicação não retirada no mês / Quantidade de medicação prescrita no mês
Atenção às pessoas com deficiência	Inserção do usuário com DI no Caps	Não realizado	Semestral	Número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados ao Caps / Número total de usuários com DI inseridos no Caps
	PTS de usuários com DI compartilhados	Prontuários	Semestral	Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem pessoas com DI / Quantidade de usuários com DI inseridos no Caps
	Inserção de Pessoas com DI em SRT	Prontuários	Anual	Número de usuários com DI residentes em SRT anual / Número de usuários residentes em SRT anual

Fonte: Adaptado de Onocko-Campos *et al.* (2017)

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nos serviços entre dezembro de 2022 a abril de 2023. Para fins de recorte temporal da análise, os dados levantados corresponderam ao segundo semestre (Julho-Dezembro) de 2022, com exceção de dois indicadores que possuem referência anual (EPS e Inserção de pessoas com DI em SRT). Antes de iniciar as coletas foi realizado contato telefônico com cada gestor explicando o teor desta pesquisa, pactuando os dias de coleta e quais profissionais do serviço poderiam auxiliar, informando onde estariam as documentações necessárias. Ao total foram realizadas 15 visitas aos CAPS para a realização da coleta. Os dados foram coletados *in loco* de forma manual e, em seguida, transcritos e armazenados em planilhas de Excel online. Participaram da coleta de dados cinco integrantes do Grupo de Estudos, Ensino e Extensão Apoia RAPS, sendo três discentes da graduação e dois discentes de pós-graduação.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As análises dos dados foram realizadas através do programa Microsoft Office Excel por meio de medidas de tendência central e de dispersão (mediana, mínima e máxima). As análises foram realizadas para o conjunto dos CAPS e para cada uma das unidades.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob parecer de nº 58489422.30000.5188.

5 RESULTADOS

A primeira dimensão avaliada foi a *Atenção à situação de crise*, que utiliza dois indicadores: *Atendimento às situações de crise* e *Atenção à família do paciente em situação de crise*, ambos com periodicidade mensal.

O indicador *Atendimento às situações de crise* valoriza a capacidade do serviço de responder localmente as condições agudas e suas eventuais situações extremas, evitando encaminhamentos para enfermarias ou prontos-socorros psiquiátricos. Este indicador considera os pacientes encaminhados a serviços de urgência, hospitais gerais e hospitais universitários como consequência de episódios de crise. Nos CAPS de João Pessoa estudados todos utilizam o serviço do PASM, localizado no complexo hospitalar de Mangabeira, como retaguarda para episódios de crise. Neste indicador, quanto mais próximo do zero, significa que a equipe do CAPS teve um bom manejo nas situações de crise.

Foi observada uma mediana de dezesseis crises por mês, variando de seis a trinta e uma crises. A mediana do número de encaminhamentos, por sua vez, foi de um encaminhamento por mês, variando de nenhum a quatro. Este indicador apresentou mediana de 4,8% de encaminhamentos, variando de zero a 16%. O serviço que relativamente mais encaminhou usuários em crise para outros serviços foi o CAPS Gutemberg Botelho (9%), enquanto o que menos encaminhou foi o CAPS Caminhar (0).

O indicador *Atenção à família de paciente em crise* analisa a capacidade do CAPS em cuidar do contexto afetivo e familiar dos usuários. Esse indicador considera os atendimentos a algum membro do núcleo familiar ampliado do usuário em crise. Diferentemente do indicador anterior, quanto mais próximo de um for a razão, mais positiva é a avaliação do indicador. De maneira geral, foram baixas as prevalências mensais de oferta terapêutica aos familiares de usuários em crise, com mediana 6,3% variando de nenhuma oferta a até 25%.

A segunda dimensão avaliada foi *Qualificação dos atendimentos grupais* que utiliza três indicadores: *Participação nos grupos de família*, *Qualificação dos atendimentos grupais* ambos com periodicidade trimestral e *PTS compartilhado* com periodicidade semestral.

O indicador *Participação nos grupos de família* avalia a extensão do cuidado para além do caso, analisando a razão entre as famílias de usuários que participam de grupos a ela dirigidos. Este indicador apresentou mediana de 0,9%, variando de nenhum a 26,1% sendo baixas as prevalências de participação dos familiares nos grupos de família. O serviço que apresentou a melhor mediana foi o CAPS Caminhar, com 23% dos familiares participando dos grupos de família.

O indicador *Qualificação dos atendimentos grupais* avalia o compromisso da equipe em monitorar e qualificar os grupos terapêuticos. O monitoramento e qualificação dos grupos terapêuticos acontece nas reuniões semanais através de pautas de discussão e revisão pelos profissionais e, sempre ao final das reuniões, ocorre o registro no livro de reunião das mudanças que serão implementadas nos grupos terapêuticos. De maneira geral, foram altas as prevalências de qualificação dos atendimentos grupais, apresentando mediana de 40,1%, variando de 28,5% a até 55,5%.

O indicador *PTS compartilhado* avalia a capacidade do CAPS de efetivar o trabalho colaborativo com outros serviços. De maneira geral, foram baixas as prevalências de efetivar o trabalho compartilhado com outros serviços, variando de 0 a 15,5% de casos compartilhados.

A dimensão *Gestão de CAPS* utiliza dois indicadores: *Participação do gerente* e *Recursos humanos de nível superior*, com periodicidade mensal e semestral, respectivamente. O indicador *Participação do gerente* analisa a capacidade do gerente do serviço em participar dos espaços formais de discussão e deliberação.

O indicador *Recursos humanos de nível superior* analisa o investimento na estrutura dos CAPS. O cálculo do indicador é feito através do número de horas de trabalho de profissionais universitários por 100.000 habitantes. Este indicador apresentou uma mediana de 20,2, variando de 14,5 a 20,8. O CAPS que apresentou o menor indicador de recursos humanos foi o CAPS Jovem Cidadão.

A dimensão *EPS* utiliza dois indicadores: *Investimento em ações de educação permanente* e *Oferta de supervisão clínico-institucional* com periodicidade anual e trimestral, respectivamente. A *Oferta de supervisão clínico-institucional* não acontece em nenhum dos CAPS estudados (0).

A dimensão *Singularização da atenção* utiliza três indicadores: *Formulação de projetos terapêuticos singulares*, *Revisão sistemática de PTS na equipe* e *Quantidade de casos por referência profissional universitário*, todos com periodicidade trimestral.

O indicador *Formulação de projetos terapêuticos singulares* evidencia a capacidade do CAPS em formular um percurso específico e adaptado a seus usuários. Este indicador apresentou uma mediana de 20,9%, variando de nenhum a até 45,2%. O serviço que apresentou melhor indicador foi o CAPS Caminhar, com 44,9% de usuários ativos com PTS construído.

O indicador *Revisão sistemática de PTS na equipe* avalia o envolvimento da equipe na revisão dos projetos terapêuticos. Os Projetos terapêuticos são discutidos em equipe nas reuniões semanais e os registros das revisões dos casos ficam armazenados nos livros de reuniões. Este indicador apresentou mediana de 6,6% de revisão sistemática de PTS, variando de 0 a 12,9%.

O indicador *Quantidade de casos por referência profissional universitário* avalia a adequação entre número de pacientes acompanhados e profissionais de referência. Este indicador apresentou mediana 36,9 casos por profissional universitário, variando de 35,4 a 39,8.

A dimensão *Atenção às pessoas com deficiência utiliza os indicadores: PTS de usuários com DI compartilhados* de periodicidade semestral e *Inserção de pessoas com DI em SRT* de periodicidade anual.

O indicador *PTS de usuários com DI compartilhados* avalia a construção coletiva de PTS dos usuários com DI inseridos no CAPS. O CAPS Gutemberg Botelho apresentou 23,80% dos usuários com DI tem PTS compartilhado com a residência inclusiva da Secretaria de Assistência Social. No CAPS Caminhar não foi localizado nenhum caso e no CAPS Jovem Cidadão esse indicador não se aplica.

O indicador *Inserção de pessoas com DI em SRT* avalia a presença de moradores com DI. O CAPS Gutemberg Botelho apresentou 18,1% dos moradores com DI e o CAPS Caminhar 21,42%. O CAPS Jovem Cidadão não possui residência terapêutica e, portanto, este indicador não se aplica.

Tabela 1

Mediana (%), valores mínimos e máximos (%) dos indicadores de produção de cuidado nos CAPS de João Pessoa. Ano 2022.

INDICADOR	CAPS GB	CAPS CA	CAPS JC	TOTAL
	Mediana (mín-máx)			
Atendimento às situações de crise	9,0% (5,2-15,3)	0 (0-7,1)	4,0% (0-16)	4,8% (0-16)
Atenção à família de paciente em crise	6,6% (5,2-15,3)	6,6% (0-25)	5,3% (0-20)	6,3% (0-25)
Participação nos grupos de família	0,2% (0-0,5)	23% (20-26,1)	0,7% (0,1-1,3)	0,9% (0-26,1)
Qualificação dos atendimentos grupais	35,7% (28,5-42,8)	43,7% (37,5-50)	45,9% (36,3-55,5)	40,1% (28,5-55,5)
Projeto terapêutico singular compartilhados	15,5%	5,5%	0	5,5% (0-15,5)
Recursos humanos de nível superior	0,20	0,20	0,14	0,20 (0,14-0,20)
Formulação de projetos terapêuticos singulares	20,9% (20,8-21,0)	44,9% (44,7-45,2)	0	20,9% (0-45,2)
Revisão sistemática de PTS na equipe	11,4% (9,9-12,9)	6,6% (3,5-9,6)	0	6,6% (0-12,9)
Quantidade de casos por referência profissional universitário	35,5 (35,4-35,7)	39,6 (39,5-39,8)	36,9 (36,6-37,1)	36,9 (35,4-39,8)
PTS de usuários com DI compartilhados	23,8%	-	-	-
Inserção de pessoas com DI em SRT	18,1%	21,4%	N/A	19,7% (18,1-21,4)

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam a capacidade dos serviços de responder localmente às situações de crise, apresentando baixo percentual de encaminhamentos às urgências psiquiátricas. O compromisso da equipe em qualificar continuamente suas práticas grupais acontece de maneira relativamente exitosa. A formulação, revisão de projetos terapêuticos singulares e o trabalho intersetorial acontecem nos serviços, porém de maneira insuficiente e limitada. Entre as fragilidades identificadas estão a inexistência de supervisão clínico-institucional, ofertas terapêuticas insuficientes aos familiares de usuários durante a situação de crise, alto número de usuários por profissional de referência e baixa participação dos familiares nos grupos destinados à família, exceto o CAPS Caminhar que apresentou bom percentual de participação dos familiares.

Devido a indisponibilidade de dados, os indicadores de adesão do usuário a medicação, inserção do usuário com DI, a participação dos gestores nos espaços formais de discussão e educação permanente em saúde foram inviáveis de serem analisados.

Para além da indisponibilidade de dados, elencamos alguns desafios para o desenvolvimento deste trabalho que merecem atenção. A maioria dos indicadores são produzidos a partir da análise de documentos dos serviços, sendo estes geralmente registrados à mão. Portanto, em muitos casos tivemos dificuldade para compreender os registros dos profissionais, por vezes, ilegíveis. Mais um desafio encontrado na fase de coleta de dados foi o acesso aos livros dos meses anteriores. Estes livros eram armazenados numa sala de arquivo de difícil acesso, e em especial o caso do CAPS Caminhar, que passou por um processo de reforma. É fundamental que os registros das ações, estratégias e demais atividades que acontecem nos serviços sejam feitos com qualidade e com clareza, possibilitando assim que os processos de avaliação em saúde sejam realizados da melhor forma possível.

Abre-se aqui a discussão se a tecnologia do prontuário eletrônico do cidadão (PEC), que já é uma realidade em alguns pontos da rede de atenção em saúde do município de João Pessoa, vem para somar e facilitar o registro das informações no cotidiano dos trabalhadores em saúde mental. Estudos mostram que a utilização do PEC nos serviços de saúde tem trazido avanços como a melhora no sistema de vigilância e monitoramento de doenças, melhorias na gestão das informações de

saúde, entre outros (ATASOY; GREENWOOD; MCCULLOUGH; DORNAN *et al.*, 2019). De acordo com Ávila *et al.* (2022) o PEC trouxe contribuições na qualidade do atendimento, organização do fluxo de atendimentos, melhoria na comunicação entre profissionais e planejamento dos atendimentos. Este mesmo estudo apontou que o PEC interliga os diversos pontos das redes de atenção à saúde permitindo que o fluxo de atendimentos do paciente na rede seja visualizado por todos os profissionais nos diversos níveis de atenção. A literatura apresenta alguns desafios a implantação do PEC como custo elevado, falta de infraestrutura e suporte tecnológico, resistência dos profissionais, distanciamento na relação profissional paciente, entre outros (KRUSE *et al.*, 2016).

Um dos principais objetivos dos CAPS e da reforma psiquiátrica é acolher o usuário durante a situação de crise, evitando o encaminhamento para urgências e internações nos hospitais psiquiátricos ainda existentes. Os três serviços estudados possuem leitos de atenção 24 horas em pleno funcionamento e no tocante ao manejo da situação de crise, o CAPS Caminhar destaca-se neste indicador por cinco dos seis meses estudados não ter encaminhado nenhum paciente à urgência psiquiátrica, caracterizando um excelente manejo nas situações de crise. Os outros dois serviços estudados também apresentaram baixos números de encaminhamentos para as urgências psiquiátricas. No CAPS AD Jovem Cidadão havia alguns registros de encaminhamentos para o Complexo Hospitalar Juliano Moreira. Quando na admissão do usuário no leito de atenção 24 horas não havia médico plantonista no CAPS, o usuário era encaminhado ao Hospital Juliano Moreira com o objetivo de realizar consulta médica, pegar a prescrição medicamentosa e logo em seguida retornava ao CAPS. Esses casos não foram contabilizados no número de pacientes em situação de crise encaminhados.

A partir da análise dos indicadores dos três CAPS, pode-se afirmar que os serviços estudados respondem localmente a capacidade de ser resolutivo nas situações de crise. Esse resultado corrobora com os achados de um estudo avaliativo qualitativo realizado nos CAPS III de Campinas, o qual Onocko-Campos *et al.* (2009) constatou alta eficácia no manejo de usuários no momento da crise.

Estudo de Pierini *et al.* (2023) que teve como objetivo avaliar a capacidade dos CAPS álcool e outras drogas 24 horas em manejar as situações de crise dos usuários, constatou que a capacidade de manejo das situações de crise foi de 86,6% com apenas 13,4% de encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde, sendo

sete por complicações clínicas, um por tentativa de suicídio e um para internação psiquiátrica.

No que diz respeito ao indicador utilizado para a análise das situações de crise, este foi de fácil aplicabilidade nos serviços, os dados necessários para o cálculo estavam de fácil acesso, portanto considera-se que o indicador estudado representa uma boa ferramenta para a análise da atenção à situação de crise.

A partir da reorganização das práticas de cuidado promovida pela reforma psiquiátrica brasileira na década de 80, os familiares dos usuários de serviços comunitários de saúde mental passaram a ser importantes aliados no processo de cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 2016b). Apesar das evidências quanto à contribuição dessa parceria para um melhor prognóstico entre os usuários de saúde mental, diversos estudos têm documentado repercussões negativas na vida dos familiares cuidadores (BANDEIRA, 2008; BIELEMANN, 2009). Entre as principais repercussões, as emocionais ganham destaque com pesquisas apontando que muitos familiares desenvolvem sentimentos como ansiedade e depressão (BANDEIRA, 2008).

Estudos realizados no país acerca desse desfecho têm indicado alta prevalência de transtornos psiquiátricos menores entre familiares cuidadores de indivíduos em sofrimento psíquico quando comparados a população geral (TOMASI, 2010; QUADROS, 2012; TREICHEL, 2017). Nesse sentido, ao levar em conta que os familiares constituem uma unidade que também precisa ser atendida em suas dificuldades, torna-se imprescindível a necessidade de identificar quais características influem na ocorrência desses transtornos, assim como garantir a devida disponibilização de ofertas terapêuticas aos familiares (TREICHEL, 2020).

No que se refere ao indicador de atenção à família de paciente em crise, os três serviços estudados apresentaram baixo percentual de ofertas terapêuticas aos familiares de usuários em crise (entre 0 e 25 % a depender do mês). As ofertas terapêuticas destinadas à família do paciente em crise foram insuficientes.

Por meio das leituras dos livros de plantão foi visto que o contato entre familiares e profissionais durante a situação de crise do usuário ocorriam na maioria das vezes para a resolução de questões administrativas por meio de ligações telefônicas solicitando que a família trouxesse roupas, produtos de higiene pessoal e cigarros. Nos livros de plantão multiprofissional havia registros de consultas

individuais para os familiares, porém aconteciam de maneira limitada. Quando o familiar demandava uma escuta qualificada, os profissionais dos CAPS a realizavam.

Esperidião (2001) discute a importância de incluir a família no tratamento, dando suporte, apoiando, ampliando a compreensão da dinâmica das relações e orientando a família a compartilhar os seus problemas. Sabe-se a importância de a família estar recebendo o suporte necessário da equipe para enfrentar um momento tão delicado que é a crise de um familiar.

Para os indicadores atenção à família do paciente em crise e participação nos grupos de família, é utilizado o conceito de núcleo familiar ampliado que abrange os familiares biológicos e as redes sociais espontâneas existentes, como os vizinhos, os amigos de igreja, os amigos de infância, entre outros. As famílias com menor poder aquisitivo encontram maior apoio, solidariedade e proteção a partir da rede social espontânea (COMERLATTO *et al.*, 2007).

O indicador de atenção à família do paciente em crise teve viabilidade nos serviços, os documentos necessários para o levantamento dos dados eram de fácil acesso e estavam de acordo com a fonte de dados sugerida pelos autores.

No que se refere à participação de familiares nos grupos de família, o CAPS Caminhar se destaca apresentando o melhor indicador entre os serviços: 23% dos familiares participam dos grupos de família. A frequência média de participantes gira em torno de 25 a 35 familiares a cada encontro semanal. Algumas temáticas abordadas nos grupos ao longo do ano foram: contrato de convivência do grupo, o PTS e o papel da família, como lidar com as crises, a dinâmica dos fármacos, as dificuldades do cuidado na prática, cuidando do cuidador, conhecendo o prontuário, fluxo da RAPS e seus desafios, os principais transtornos presentes no serviço.

A partir da leitura dos prontuários, foram identificados alguns motivos para o destaque do CAPS Caminhar para este indicador: no momento da triagem os familiares eram convidados para vir ao serviço participar do grupo de família e no formulário de PTS também havia a indicação para participação do familiar no grupo destinado à família.

O CAPS Jovem Cidadão e o CAPS Gutemberg apresentaram baixos indicadores de participação dos familiares.

Em estudo de Santos e Cardoso (2014) foram observados frequentes relatos da não-participação dos familiares em atividades voltadas ao familiar e pouco contato

com os profissionais dos serviços, revelando distanciamento do familiar no tratamento dos usuários.

Em estudo conduzido por Duarte e Kantorski (2011) que teve por objetivo avaliar qualitativamente a atenção oferecida aos familiares apontou que apenas um familiar compareceu no grupo destinado à família e que as equipes CAPS encontram dificuldades em trazer a família para a participação nos serviços. O estudo de Duarte e Kantorski (2011) foi semelhante aos registros encontrados no CAPS Gutemberg Botelho com a participação de apenas três familiares no grupo. No CAPS Jovem Cidadão foram encontrados registros de grupos com a participação de apenas um familiar.

O indicador estudado foi importante porque representa o percentual de familiares de usuários ativos que frequentam os serviços participando dos grupos destinados à família. A família é um importante recurso terapêutico da atenção psicossocial e pode se tornar um apoiador nas ações de promoção à saúde mental (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

De acordo com Schrank e Olschowsky (2008) é preciso que os profissionais acreditem nessa parceria, compreendam que o processo está em constante mudança e que a inserção familiar não é estável e nem é fácil, exige que os profissionais tenham perseverança, vontade e credibilidade para proporcionar a integração equipe-família em busca da concretização da assistência integral ao usuário.

Para a coleta de dados os autores do estudo indicaram como fonte de dados as folhas de presença dos grupos, porém no desenvolvimento do trabalho nos CAPS de João Pessoa percebeu-se que os registros dos grupos de família ocorriam nos livros multiprofissionais e nos livros de atividades constando também a quantidade de participantes de cada grupo realizado.

O indicador participação dos familiares nos grupos de família foi viável em todos os serviços e os dados necessários estavam de fácil acesso. Nos CAPS as ações são realizadas em grupos abertos e fechados, outras de forma individual, algumas destinadas especificamente aos familiares e podem acontecer dentro do CAPS, nos territórios e nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL, 2015b). Os atendimentos em grupo têm por objetivo desenvolver a sociabilidade, as relações, os afetos, as emoções, manejar dificuldades de relacionamentos, possibilitar experiências de construção compartilhada do cuidado, a vivência de pertencimento social, trabalhar a autoestima e o pleno exercício da cidadania (BRASIL, 2015b).

As diretrizes da Política de Saúde Mental definem que a territorialização dos usuários da saúde mental deve ser realizada com o objetivo de inserção em um serviço de saúde mental aberto, na família, na comunidade e nos locais onde possam usufruir de todos os direitos que garantam a plena cidadania (BRASIL, 2013; GUEDES; SOUZA, 2015).

Pensar na territorialidade é pensar em uma rede para fora dos serviços, permitindo reconhecer as singularidades e complexidades de cada sujeito, visto que cada um possui um território, carregado de história, relações de poder, relações sociais, formas de organização e economia (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020). De acordo com Dutra e Oliveira (2015), as práticas territoriais valorizam o usuário como ser social, devem acontecer de dentro para fora dos serviços e no território de vida dos usuários, para isso os profissionais devem utilizar os recursos existentes no território.

Os três CAPS estudados desenvolvem grupos terapêuticos que extrapolam os muros institucionais e utilizam os recursos existentes no território visando a reinserção social e cultural dos usuários frequentadores dos CAPS.

O CAPS Gutemberg Botelho através do grupo “Bem Me Quero” realiza durante as oficinas terapêuticas, a confecção de bolsas as quais as usuárias expõem e comercializam os produtos em feiras de economia solidária na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e na loja do projeto de economia solidária (ECOSOL) gerando fonte de renda para as usuárias participantes do grupo.

A partir da realização de oficinas terapêuticas de musicalização duas bandas foram criadas com usuários dos serviços, Tirinete no juízo e Passageiro 22, que se apresentam em espaços públicos e privados da cidade como a Usina Energisa, Espaço Cultural, Espaço Mundo, Empresa de limpeza urbana (EMLUR) além de apresentações em ações intersetoriais da Prefeitura de João Pessoa. Neste mesmo CAPS, a oficina de expressões literárias culminou como produto o lançamento do livro “Poeticamente Livre” com poemas escritos por usuários e usuárias participantes, tendo o lançamento do livro realizado na Usina Energisa.

Os achados nos CAPS de João Pessoa corroboram com um estudo de Souza *et al.*, (2022) que teve por objetivo analisar as potencialidades das intervenções em grupos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas em um município do estado de Goiás e relatou uma estratégia positiva de operacionalização dos grupos fora da instituição realizada pelos profissionais em função da falta de espaço físico

adequado para a realização dessas intervenções nos serviços. Essa ação favoreceu a inclusão dos usuários nos espaços do território, ampliando seus movimentos de reinserção social.

De acordo com Bairos (2020), considera-se que as atividades em grupo são facilitadoras para a ressocialização e inserção social já que promovem, em seu processo de trabalho, o agir e o pensar coletivos, respeitando a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito.

De acordo com Costa-Rosa (2019), considera-se o grupo terapêutico como estratégia de produção de cuidado, podendo favorecer positivamente os circuitos de doença-cura e ampliar visões reducionistas dos serviços de saúde do território.

Nos CAPS estudados, a análise sobre os grupos acontece nas reuniões semanais de equipe, e tem por objetivo monitorar e qualificar continuamente as atividades grupais. A partir das leituras dos livros de reuniões, foi visto que durante as reuniões de equipe, os profissionais responsáveis pelos grupos terapêuticos dialogam constantemente sobre as possibilidades de mudanças e adaptações para melhor qualificação das atividades em grupo. Os três serviços estudados apresentaram bons indicadores obtendo mediana de 40,1% de reuniões nas quais pautou-se discussões sobre os grupos terapêuticos.

Os autores propuseram como fonte de dados os livros de ata de reuniões e na prática os registros das análises e discussões sobre os grupos aconteciam no documento sugerido. O indicador teve boa aplicabilidade nos serviços, sendo os dados de fácil acesso e representa uma boa ferramenta para análise da atenção psicossocial.

O Projeto terapêutico singular acompanha o usuário em sua história e projetos de vida. A construção do PTS deve envolver a família, o usuário e a equipe (BRASIL, 2015b).

Entre os serviços estudados, o CAPS Caminhar apresentou o maior percentual de formulação de PTS. Neste serviço, durante o processo de triagem, o PTS é iniciado junto ao usuário e família utilizando um formulário específico para a sua construção. O formulário denominado “Construindo o PTS: reabilitação psicossocial” apresenta os elementos: nome do usuário, unidade de saúde da família, distrito sanitário, telefone, variáveis e elementos consideráveis, dificuldades de operacionalização do PTS, objetivos de curto e médio prazo, oficinas e objetivos, dimensão singular, dimensão

familiar e dimensão social além de dias e horários de participação dos usuários no CAPS.

O CAPS Gutemberg Botelho utiliza o mesmo modelo de formulário do CAPS Caminhar. Os serviços estudados utilizam o técnico de referência, aquele que possui um melhor vínculo com o usuário, para ficar à frente do PTS e suas posteriores alterações. Quando a família e/ou usuário sentem a necessidade de modificação do PTS, o profissional de referência chama os demais técnicos do serviço para ampliar a discussão e traçar novos rumos.

Durante as análises dos prontuários do CAPS Jovem Cidadão não foi encontrado formulário específico para a formulação de PTS e na ficha de triagem também não havia espaço reservado para a construção deste.

Estudo descritivo de Silva *et al.*, 2020 com 58 profissionais de sete CAPS situados em três municípios do Estado de Goiás revelou que os profissionais reconhecem a importância dos projetos terapêuticos singulares para o cuidado psicossocial, entretanto a elaboração e sistematização dos PTS ainda é precária, médico-centrada, com ofertas terapêuticas restritas aos muros dos CAPS e em alguns dos serviços não existe a elaboração do PTS. Esse estudo corrobora com os achados do CAPS Jovem Cidadão em que não há a construção do PTS.

A realidade evidenciada aponta para a necessidade de investimento em EPS para qualificar os processos de trabalho nos CAPS, por meio da sistematização dos PTS, de modo a garantir e fortalecer o modelo de cuidado psicossocial (SILVA, 2020).

Outro indicador estudado, a revisão sistemática de PTS avalia o processo de reavaliação do PTS pelas equipes. Sabe-se que o PTS deve ser reavaliado periodicamente, adaptando-se às novas necessidades e projetos de vida do usuário e sua família (BRASIL, 2009).

Nas reuniões semanais de equipe, ocorre a revisão de alguns projetos terapêuticos, com ampla discussão dos casos pelas equipes de referência. A partir da discussão em equipe, um técnico de referência ou até mesmo mais de um técnico, realiza uma fala com o usuário e/ou familiar apresentando algumas possíveis alterações no PTS. No momento de revisão, o usuário não está presente, sendo assim identifica-se uma falha no processo de reavaliação do PTS. De acordo com o que foi analisado nos documentos dos serviços estudados, não existe um tempo pré-definido para a reavaliação do PTS, normalmente acontece por demandas trazidas pelo usuário, familiares ou serviço.

Os autores dos indicadores propuseram como fonte de dados para a formulação de PTS os prontuários e os formulários de PTS, e para a revisão sistemática de PTS propuseram livros de reuniões e prontuários, na coleta dos dados para este trabalho as documentações utilizadas foram iguais as sugeridas pelos autores. Ambos os indicadores tiveram boa aplicabilidade nos CAPS estudados, sendo considerados importantes para a análise da singularização do cuidado.

No que tange o compartilhamento dos Projetos terapêuticos Singulares, o CAPS Gutemberg Botelho destacou-se neste indicador apresentando o maior quantitativo de compartilhamento de projetos terapêuticos com outros setores da rede de atenção, Consultório de Rua, Casa de acolhida, Centro POP, Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), UBS, Ministério Público, entre outros. O CAPS Caminhar também apresentou projetos compartilhados com vários setores como CAPS AD, CRAS, CREAS, Unidade Básica de Saúde (UBS), Ministério Público, Delegacia de crimes raciais e Ruartes.

O CAPS Jovem Cidadão apresenta iniciativas de articulação com outros serviços como Centro POP, Consultório de Rua, Casa de acolhida, porém não foi possível a construção do indicador porque o denominador para o cálculo da razão requer o quantitativo de projetos terapêuticos totais o qual não foi localizado nos prontuários. Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi visto que na ficha de triagem do CAPS Jovem Cidadão não existe um espaço reservado para a construção de PTS e que também não utiliza formulário específico, sendo diferente dos outros dois serviços que utilizam um formulário específico para formulação do PTS.

Em estudo de Sampaio e Bispo (2021) foram encontradas iniciativas de articulação entre os serviços de saúde, como as reuniões intersetoriais, atendimentos compartilhados, ações de apoio matricial, estudos de caso, porém as articulações foram consideradas limitadas, oscilando de acordo com o perfil dos profissionais participantes. A atuação do CAPS encontra-se atrelada às parcerias estabelecidas com a rede de saúde, educação e assistência social. Essa concepção remete à noção de território, essencial no funcionamento dos CAPS.

A partir das análises dos livros de reuniões dos serviços estudados, foram encontrados registros de reuniões intersetoriais entre os CAPS e os CREAS com o objetivo de discussão de casos, matriciamentos dos CAPS Jovem Cidadão e Gutemberg Botelho para as Unidades de Saúde da Família do município de João

Pessoa, ações de matriciamentos da Secretaria da Mulher e do Consultório de rua para o CAPS Gutemberg Botelho, entre outros. Estes achados indicam que os serviços caminham em direção a territorialização com trabalhos colaborativos e em rede.

O indicador de participação da gerência é relevante pois permite localizar os espaços formais de discussão e deliberação presentes no município, no entanto a fonte de dados sugerida pelos autores (agenda dos gestores) não foi possível de ser realizada na coleta de dados desta pesquisa. A partir de conversas com as gestoras, pode-se identificar os espaços formais de que elas participam sendo as reuniões semanais de equipe que ocorrem em todos os CAPS sempre às quintas-feiras, além das assembleias de usuários que acontecem uma vez ao mês. Viu-se que nos anos anteriores também acontecia a reunião do colegiado em saúde mental, espaço que reunia diversos serviços de saúde mental. Entretanto, o colegiado em saúde mental do município de João Pessoa foi desativado no ano de 2022. Como não foi possível realizar a análise documental necessária para o cálculo do indicador, o mesmo não pode ser considerado para esta pesquisa.

O investimento na estrutura do CAPS foi avaliado pelo quantitativo de recursos humanos de nível superior, através do cálculo do número de horas de profissionais de nível superior dividido por 100.000 habitantes. Os CAPS da modalidade transtorno mental apresentam indicadores semelhantes e o CAPS AD apresentou o menor indicador de recursos humanos. Vale ressaltar que o CAPS Jovem Cidadão é o serviço que disponibiliza mais leitos de atenção 24 horas sendo um total de 10 leitos, porém é o serviço que tem menor quantitativo de usuários ativos.

Este indicador foi de fácil aplicabilidade nos serviços, pois o setor de recursos humanos de cada CAPS disponibilizou a carga horária dos profissionais de nível superior.

No que diz respeito à quantidade de casos por referência profissional universitário, os CAPS estudados apresentaram indicadores semelhantes, sendo a mediana de 36,9 casos por profissional de nível superior oscilando entre 35,4 e 39,8 casos. Para o cálculo deste indicador apenas profissionais de nível superior são contabilizados, porém no cotidiano dos serviços estudados os profissionais de nível médio (oficineiros e os musicoterapeutas) atuam como técnicos de referência.

Abre-se aqui a discussão se seria possível a inclusão de algumas categorias profissionais de nível médio para compor o cálculo deste indicador. No que se refere

a fonte de dados para o cálculo do indicador, os autores propuseram os prontuários e os Registros das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), nos CAPS de João Pessoa foram utilizados planilha de recursos humanos e número de usuários cedido pelo setor administrativo. Os serviços estudados geralmente possuem um funcionário administrativo que é o responsável pelos recursos humanos e por algumas planilhas administrativas. O acesso a estes funcionários ocorreu de forma harmoniosa e sem dificuldades. O indicador foi de fácil aplicabilidade nos serviços.

Em estudo de Onocko-Campos (2009) foram encontrados achados semelhantes, a equipe de profissionais refere um alto número de usuários por profissional de referência, o que compromete a singularização da atenção para a construção do PTS.

De acordo com o conceito da EPS a produção de conhecimento acontece na instituição de saúde, incorporando a troca de saberes ao cotidiano do processo de trabalho, com vistas a transformar as práticas profissionais e utilizando-se como objeto de trabalho os problemas enfrentados (BRASIL, 2018b).

A partir das leituras dos livros de reuniões, verificou-se neste estudo que a maioria das ações de EPS ocorreram dentro dos serviços, aproveitando-se a agenda de reuniões das equipes. No entanto, não foi possível construir o indicador em função da ausência de listas de presenças e certificados, bem como da clara definição da carga horária das ações. Também foram identificados planejamentos de ações futuras de EPS, porém não foi possível ter a certeza se as ações de fato ocorreram. Percebeu-se também a ausência dos registros das ações de EPS externas ao serviço.

Durante a análise dos livros, pôde-se identificar as temáticas abordadas nas ações de EPS, como a função do técnico de referência, atenção à crise, transtornos de personalidade, manejo e aprimoramento das relações de trabalho, gestão autônoma da medicação, o sentido da reforma psiquiátrica, o cuidado em liberdade, o PTS, desinstitucionalização, projeto piloto do cartão da crise, economia solidária, entre outros. Foram identificadas ações externas de EPS no Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ e na UFPB, algumas ações internas tiveram como facilitadores os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Para viabilizar o cálculo e análise deste indicador, se faz necessário o registro sistemático dos participantes da ação, bem como a carga horária.

A saúde mental e a DI tiveram a mesma origem com sua população enclausurada pelos muros dos manicômios, caminharam juntos na luta pelos direitos

humanos, porém acabaram seguindo rumos próprios. No Brasil, mesmo com o longo caminho já percorrido, ainda há muito a se construir nas políticas intersetoriais com vistas a possibilitar a inclusão social de indivíduos com transtornos mentais graves nas políticas de habitação, para além dos serviços residenciais, assim como o acesso aos espaços de educação, trabalho, lazer e a produção de possibilidades de emancipação dos sujeitos (ONOCKO-CAMPOS; LIMA; SURJUS, 2013).

A área da DI constitui-se a partir de importantes lutas das pessoas com deficiência, no esforço de superação do modelo biomédico buscando a inclusão do modelo da deficiência no paradigma da inclusão e que considere as pessoas com deficiência dotadas de habilidades, garantindo o apoio necessário à ampla participação social na defesa de direitos e garantias (ONOCKO-CAMPOS; LIMA; SURJUS, 2013).

Em pesquisa avaliativa de Onocko-Campos (2008) desenvolvida nos CAPS de Campinas foi encontrado um alto percentual de usuários com DI, inseridos nos serviços por falta de ofertas adequadas. Nos CAPS estudados na cidade de João Pessoa, a quantidade de usuários com diagnóstico de DI pode ser identificada através de planilha própria cedida pelo serviço, e entre os diagnósticos encontrados estavam o retardo mental leve, retardo mental moderado, retardo mental grave e retardo mental não especificado. O CAPS Gutemberg Botelho referiu o total de 52 usuários e o CAPS Caminhar 24 usuários com DI. O Jovem Cidadão não referiu nenhum usuário com DI. Há uma certa estranheza em não haver neste último serviço a presença de usuários com diagnósticos de DI, e em diálogo com uma funcionária ela comenta que esse diagnóstico não é o perfil do serviço. Nas análises realizadas a partir de prontuários, também não foi localizado diagnóstico de DI.

No CAPS Gutemberg Botelho foi possível identificar 10 PTS de usuários com DI compartilhados com a residência inclusiva vinculada à Secretaria de Ação Social.

Para o indicador Uso de medicação, não houve viabilidade na sua aplicação devido às informações sobre quantidade de medicação não retirada no mês e quantidade de medicação prescrita no mês não estarem disponíveis.

Em relação a inserção do usuário com DI no CAPS também não houve viabilidade na sua aplicação devido a indisponibilidade do número de usuários com diagnóstico de DI encaminhados aos CAPS. O indicador de Educação permanente também não foi viável pois não havia informações com clareza, impossibilitando assim

o cálculo. O indicador de participação do gerente também não foi possível devido a indisponibilidade de documentos.

Onocko-Campos *et al.* (2017) utiliza três critérios para o conjunto dos indicadores de saúde mental desenvolvidos em pesquisa participativa. Utilidade (suprir as necessidades dos grupos de interesse), Viabilidade (que as informações estejam disponíveis e de fácil acesso) e Precisão (informações adequadas).

Os autores não apresentaram referenciais ou pontos de corte dos indicadores para subsidiar a avaliação dos resultados encontrados. Percebe-se que os resultados dos indicadores são influenciados por diversos fatores inerentes ao processo de cuidado: a gestão local do serviço, quantitativo de recursos humanos, formação técnica dos profissionais, recursos financeiros disponíveis, RAPS estruturada, suporte a nível municipal/ estadual, redes intersetoriais consolidadas e colaborativas, territórios, entre outros. Tendo em vista que os CAPS situados nas diversas regiões do país apresentam diferentes contextos políticos, acredita-se que os pontos de corte e metas para os indicadores estudados devem ser debatidos de modo coletivo pelos grupos de interesse, observando a realidade local de cada região e pactuando as metas e estratégias possíveis para cada realidade.

7 CONCLUSÃO

Os CAPS do município de João Pessoa atuam na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, apresentando algumas limitações (supervisão clínico-institucional inexistente, baixa participação de familiares nos grupos destinados à família e ofertas terapêuticas insuficientes aos familiares durante à situação de crise). A formulação, revisão de projetos terapêuticos singulares e o trabalho intersetorial acontecem nos serviços, porém de maneira insuficiente e limitada. Os serviços estudados responderam localmente às situações de crise, com baixo percentual de encaminhamentos de usuários em crise para as urgências psiquiátricas e o compromisso da equipe em qualificar continuamente suas práticas grupais acontece de maneira relativamente exitosa.

Entre os 16 indicadores de saúde mental selecionados para o desenvolvimento deste trabalho, 11 deles foram utilizados nos serviços com êxito, quatro foram inviáveis devido a indisponibilidade de dados (uso de medicação, inserção do usuário com DI, participação do gerente e educação permanente) e um indicador não acontecia em nenhum dos serviços estudados (supervisão clínico-institucional).

O principal desafio para a utilização dos indicadores foi a compreensão das letras dos profissionais de saúde, por vezes ilegíveis. Sugere-se que os registros nos livros de plantões e livros de reuniões sejam realizados com melhor qualidade para proporcionar maior clareza durante a leitura dos documentos. Sugere-se também que as ações de educação permanente em saúde, internas e externas aos CAPS, sejam registradas com o respectivo horário de início/fim e que estejam acompanhadas com a folha de frequência dos participantes.

De maneira geral, o conjunto dos indicadores analisados representou uma importante e potencial ferramenta metodológica para subsidiar o processo de avaliação da efetivação do modelo de atenção psicossocial em três CAPS da modalidade III situados na cidade de João Pessoa- PB.

A utilização de indicadores de saúde mental se apresenta como um potencial instrumento para que os trabalhadores, gestores, usuários e familiares possam identificar os pontos fortes e as fragilidades que permeiam a produção do cuidado em saúde mental. Para isso, é preciso que trabalhadores e gestores compreendam a relevância da inclusão de mecanismos e de estratégias de avaliação acerca da produção do cuidado em saúde mental. É necessário trazer esse debate aos grupos

de interesse para que em conjunto e de forma articulada com a RAPS seja possível traçar estratégias visando a incorporação dos indicadores no cotidiano do processo de trabalho dos serviços de saúde, respeitando as singularidades e as possibilidades de cada espaço, assim como adequando as respectivas metas e pontos de cortes plausíveis para cada realidade com vistas ao fortalecimento do modelo de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. de; ESCOREL, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. **Saúde Debate**, p. 35-47, 2001.
- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.
- ATASOY, H; GREENWOOD, B. N.; MCCULLOUGH, J. S. The digitization of patient care: a review of the effects of electronic health records on health care quality and utilization. **Annual review of public health**, v. 40, p. 487-500, 2019.
- ÁVILA, G. S. *et al.* Electronic Medical Charts for care Management in Family Health Teams. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, p. e79641, 2022.
- AZEVEDO, D. M. de; MIRANDA, F. A. N. de. A representação social de familiares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 354-360, 2011.
- BAIROS, C. A. O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental no CAPS. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, v. 5, p. e24286, 2020.
- BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. The brazilian mental health services' staff satisfaction scale (SATIS-BR) and staff burden scale (IMPACTO-BR). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 49, n. 4, p. 105-115, 2000.
- BANDEIRA, M; CALZAVARA, M. G. P; CASTRO, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.

BARDI, G; GARCIA, M. L. T. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1557-1566, 2022.

BIELEMANN, V. L. M. *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.

BRASIL. D. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.

_____. D. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.174, de 07 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de

Atenção Psicossocial- CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005a

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília, DF, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:**

orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF, 2015b.

_____. Constituição (1988). Emenda Constitucional N° 95, de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília, DF, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria /GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017.** Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; 172 p. Brasília, DF, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento.** 1. ed. rev. 73. Brasília, DF, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD). **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS).** Brasília, DF, 2022a.

_____. Ministério da Cidadania. **Edital de chamamento público nº 03/2022.**

Visando a seleção de organização da sociedade civil que preste atendimento como hospital psiquiátrico, nas modalidades de internação, e/ou hospital-dia, e/ou ambulatório e/ou pronto atendimento. Brasília, DF, 2022b.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.**

Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/6816>>

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** - 11, ano VII, nº 11.

Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em:

<www.saude.gov.br>

CAMPOS, D. B; BEZERRA, I. C; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.1, p. e0023167, 2020.

COMERLATTO, D. *et al.* Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálisis**, v. 10, p. 265-271, 2007.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, P. (org). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA-ROSA, A. O Grupo psicoterapêutico no discurso do analista: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 18 (número especial), 2019.

COSTA, P. H. A. da; COLUGNATI, F. A. B; RONZANI, T. M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3243-3253, 2015.

DELGADO, P. G. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos do IPUB**, v. 14, p. 113-121, 1999.

DORNAN, L. *et al.* Utilisation of electronic health records for public health in Asia: a review of success factors and potential challenges. **BioMed research international**, v. 2019, 2019.

DUARTE, M. de L. C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 47-52, 2011.

DUTRA, V. F. D; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. **Aquichán**, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em Saúde Mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 3, n. 1, 2001.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

GUEDES, P. F. M; SOUZA, M. C. R. Cartografias de exclusão e inclusão de pessoas com sofrimento mental nos processos de territorialização da Política Nacional de Saúde mental. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 40-57, 2015.

GODOY, M. G. *et al.* **Atenção psicossocial: conceitos, diretrizes e dispositivos clínicos**. 2014. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1838>>

JAEGGER, R. C. *et al.* A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p. 27-39, jan. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 25-36, 2004.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 29-35, 2009.

KRUSE, C. S. *et al.* Barriers to electronic health record adoption: a systematic literature review. **Journal of medical systems**, v. 40, p. 1-7, 2016.

LEAL, F. X; SANTOS, C. C. M; JESUS, R. S. Política sobre drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos. **Texto & Contexto**, v. 15, n. 2, p. 423-436, 2016.

LIBÉRIO, M. M. **Estudo da satisfação com o CAPS da cidade do Rio de Janeiro: ouvindo seus atores principais**. 1999. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

LIMA, F.C; SCHNEIDER, D. R. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Caminhos**, v. 4, n. 6, p. 39-64, 2013.

OLIVEIRA, M. A. F. de *et al.* Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde em debate**, v. 38, p. 368-378, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1053-1062, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 16-22, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. O. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 232-242, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al.* Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 71-83, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, R. T; LIMA L. T; SURJUS, S. Deficiência Intelectual e Saúde Mental: quando a fronteira vira território. **Revista Polis e Psique**, v. 3, n. 2, p. 82-96, 2013.

PAULI, L. T. S. A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 578-594, 2013.

PIAUÍ, E. do. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Perfil epidemiológico da mortalidade por suicídio e violência autoprovocada (tentativa de suicídio) no estado do Piauí**, 2015.

PIERINI, M. M. *et al.* Capacidade de manejo de situações de crise por centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3850, 2023.

PINHEIRO, R. *et al.* Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. In: **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 2015. p. 284-284.

PITTA, A. M. F. *et al.* Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros: Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, p. 441-441, 1995.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

REILLY, S. *et al.* Inequalities in physical comorbidity: a longitudinal comparative cohort study of people with severe mental illness in the UK. **BMJ open**, v. 5, n. 12, p. e009010, 2015.

ROTH, G. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018. **The Lancet**, 2016.

SAMPAIO, M. L; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SAMPAIO, J. J. C; GUIMARÃES, J. M.X; ABREU, L. M. Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará. **São Paulo: Hucitec**, 2010.

SANTOS, A. F. de O; CARDOSO, C. L. Familiares cuidadores de usuários de serviço de saúde mental: satisfação com serviço. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 19, p. 13-21, 2014.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, p. 127-134, 2008.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 1169-1187, 2019.

SILVA, M. A. da *et al.* Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, p. 64-71, 2012.

SOUSA, J. M. *et al.* Potencialidades das intervenções grupais em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210294, 2022.

SOUSA, J. M. *et al.* Potencialidades das intervenções grupais em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2021.

QUADROS, L. C. *et al.* Minor psychiatric disorders in family caregivers of users of Psychosocial Care Centers in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 95-103, 2012.

RIBEIRO, F. M. L; MINAYO, M. C. de S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 515-526, 2015.

SABINO, N. M; CAZANAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

SILVA, N. dos. S. *et al.* Desafios na operacionalização dos projetos terapêuticos singulares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia em estudo**, v. 25, e49996, 2020.

STORM, M. *et al.* Coordination of services for people with serious mental illness and general medical conditions: Perspectives from rural northeastern United States. **Psychiatric rehabilitation journal**, v. 43, n. 3, p. 234, 2020.

TOMASI, E. *et al.* Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 807-815, 2010.

TOMASI, E. *et al.* Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, v. 34, n. 84, p.159-167, 2010.

TRAPÉ, T. L; CAMPOS, R. O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

TREICHEL, C. A. S. *et al.* Minor psychiatric disorders and their associations in family caregivers of people with mental disorders. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3567-3577, 2017.

TREICHEL, C. A. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 461-472, 2020.

TREICHEL, C. A. S; CAMPOS, R. T. O. Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 121-134, 2022.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família. **Processo de trabalho e planejamento na estratégia saúde da família**. Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/5703/course/section/406/Impresso_17-05/Modulo4_Completo.pdf>

WETZEL, C; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 13, p. 543-548, 2004.

WHO – World Health Organization. Depression, Other common mental disorders: global health estimates. **Geneva: World Health Organization**, v. 24, 2017.

WIMMER, G. F; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 145-154, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INDICADORES DE PRODUÇÃO DE CUIDADO CAPS
GUTEMBERG BOTELHO

Indicadores	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
Atendimento às situações de crise	15,38%	6,25%	11,76%	5,26%	6,25%	14,28%
Atenção à família de paciente em crise	15,38%	12,5%	5,88%	5,26%	6,25%	7,14%
Participação nos grupos de família	0,54%			0		
Qualificação dos atendimentos grupais	28,57%			42,85%		
Projeto terapêutico Singular compartilhados	15,58%					
Recursos humanos de nível superior	0,20					
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	21,03%			20,84%		
Revisão sistemática de PTS na equipe	9,95%			12,98%		
Quantidade de casos por referência profissional universitário	35,4			35,7		
Inserção do usuário com DI no Caps	NÃO HOUVE VIABILIDADE					
PTS de usuários com DI compartilhados	23,80%					
Inserção de pessoas com DI em SRT (anual)	18,18%					

APÊNDICE B - INDICADORES DE PRODUÇÃO DE CUIDADO CAPS CAMINHAR

Indicadores	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
Atendimento às situações de crise	0	0	0	7,14%	0	0
Atenção à família de paciente em crise	0	25%	0	14,28 %	13,33%	0
Participação nos grupos de família	26,10%			20,00%		
Qualificação dos atendimentos grupais	50%			37,50%		
Projeto terapêutico Singular compartilhados	5,50%					
Recursos humanos de nível superior	0,20					
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	45,26%			44,70%		
Revisão sistemática de PTS na equipe	9,64 %			3,58%		
Quantidade de casos por referência profissional universitário	39,5			39,8		
Inserção do usuário com DI no Caps	NÃO HOUVE VIABILIDADE					
PTS de usuários com DI compartilhados	0					
Inserção de pessoas com DI em SRT (anual)	21,42%					

APÊNDICE C - INDICADORES DE PRODUÇÃO DE CUIDADO CAPS JOVEM CIDADÃO

Indicadores	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
Atendimento às situações de crise	3,70%	4,34%	12,00%	3,22%	0,00%	16,00%
Atenção à família de paciente em crise	3,70%	4,34%	0,00%	6,45%	8,33 %	20%
Participação nos grupos de família	1,36%			0,13%		
Qualificação dos atendimentos grupais	36,30%			55,50%		
Projeto terapêutico Singular compartilhados	0					
Recursos humanos de nível superior	0,14					
Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares	0			0		
Revisão sistemática de PTS na equipe	0			0		
Quantidade de casos por referência profissional universitário	36,65			37,15		
Inserção do usuário com DI no Caps	NÃO SE APLICA					
PTS de usuários com DI compartilhados	NÃO SE APLICA					
Inserção de pessoas com DI em SRT (anual)	NÃO SE APLICA					

APÊNDICE D - DADOS ABSOLUTOS CAPS GUTEMBERG BOTELHO

Dados Absolutos	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
nº de pacientes em crise	13	16	17	19	16	14
pacientes encaminhados a urgência	2	1	2	1	1	2
atendimento a algum membro da família do usuário em crise	2	2	1	1	1	1
nº de núcleos familiares participantes dos grupos	0	3	3	0	0	0
nº de pacientes ativos	1.108					
nº de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos	2			3		
nº de reuniões gerais	8			7		
nº de PTS compartilhados	36					
nº total de PTS	231					
total de espaços definidos	2	2	2	2	2	2
nº de horas de profissionais universitários	20.800					
nº total de horas de supervisão no trimestre	0					
nº de PTS em equipe (revisão)	23			30		
Qtd de prof de referência	31			31		
Qtd de usuários com DI que tem PTS compartilhado	10					
nº de usuários com DI residentes em SRT	2					
nº de usuários residentes em SRT	11					

APÊNDICE E - DADOS ABSOLUTOS CAPS CAMINHAR

Dados Absolutos	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
nº de pacientes em crise	16	16	15	14	15	6
pacientes encaminhados a urgência	0	0	0	1	0	0
atendimento a algum membro da família do usuário em crise	0	4	0	2	2	0
nº de núcleos familiares participantes dos grupos	83	122	97	105	103	24
nº de pacientes ativos	1.157					
nº de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos	6			3		
nº de reuniões gerais	12			8		
nº de PTS compartilhados	20					
nº total de PTS	363					
total de espaços definidos	2	2	2	2	2	2
nº de horas de profissionais universitários	20.280					
nº total de horas de supervisão no trimestre	0					
nº de PTS em equipe (revisão)	35			13		
Qtd de prof de referência	29			29		
Qtd de usuários com DI que tem PTS compartilhado	NÃO HOUVE VIABILIDADE					
nº de usuários com DI residentes em SRT	3					
nº de usuários residentes em SRT	14					

APÊNDICE F - DADOS ABSOLUTOS CAPS JOVEM CIDADÃO

Dados Absolutos	jul/22	ago/22	set/22	out/22	nov/22	dez/22
nº de pacientes em crise	27	23	25	31	24	25
pacientes encaminhados a urgência	1	1	3	1	0	4
atendimento a algum membro da família do usuário em crise	1	1	0	2	2	5
nº de núcleos familiares participantes dos grupos	8	2	0	1	0	0
nº de pacientes ativos	743					
nº de reuniões gerais nas quais pautou-se discussões sobre os grupos	4			5		
nº de reuniões gerais	11			9		
nº de PTS compartilhados	0					
nº total de PTS	0					
total de espaços definidos	2	2	2	2	2	2
nº de horas de profissionais universitários	14.560					
nº total de horas de supervisão no trimestre	0					
nº de PTS em equipe (revisão)						
Qtd de prof de referência	20			20		
Qtd de usuários com DI que tem PTS compartilhado	NÃO SE APLICA					
nº de usuários com DI residentes em SRT	NÃO SE APLICA					
nº de usuários residentes em SRT	NÃO SE APLICA					