

# Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015

Carolina Charão da Silva<sup>1</sup>, Vania Roseli Correa de Mello<sup>2</sup>, Daniel Dall'Igna Ecker<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Mental Coletiva e Auditoria em Saúde, formada em Administração: Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: carolinacharao@gmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Doutora em Psicologia. Professora Adjunta, área de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: vaniarcemello@gmail.com

<sup>3</sup> Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e Institucional. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: daniel.ecker@hotmail.com

Recebido em: 12 jan. 2019. Aceito em: 03 mar. 2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.21674/2448-0479.52.113-127>

## Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Em um recorte do período de 2002 a 2015, analisa-se as taxas, refletindo sobre a expansão da rede de saúde mental no município. Por meio de pesquisa bibliográfica, documental e eletrônica de livre acesso, foram consultados os sítios eletrônicos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A partir desses, foi construída uma série histórica, pela qual se pode acompanhar a evolução dos tipos de CAPS, a taxa e o indicador de cobertura no município. Através dos resultados constatou-se que o município de Porto Alegre apresenta, atualmente, uma taxa de cobertura de 0,68 que, de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, é considerada uma boa cobertura. A análise contextualizada desse indicador proporciona ao gestor da saúde subsídios valiosos para o planejamento de ações orientando, por conseguinte, futuros investimentos na área de saúde mental que se fazem necessários para garantir acesso e atendimento da população e a efetivação de uma política pública.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Centro de Atenção Psicossocial. CAPS. Sistema Único de Saúde.

## Abstract

This article aims to analyze the coverage rate of the Psychosocial Care Centers (CAPS) in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. In a cut from the period 2002 to 2015, rates are analyzed, reflecting on the expansion of the mental health network in the municipality. Through bibliographic, documentary and electronic research of free access, the websites of the Municipal Health Secretariat of Porto Alegre (SMS / PMPA), the National Registry of Health Establishments (CNES) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). From these, a historical series was constructed where the evolution of the types of CAPS, the rate and the indicator of coverage in the municipality can be monitored. The results showed that the municipality of Porto Alegre currently has a coverage rate of 0.68, which, according to the parameters of the Ministry of Health, is considered a good co-variation. The contextualized analysis of this indicator provides the health manager with valuable subsidies for planning actions, thus guiding future investments in the area of mental health that are necessary to guarantee access and care of the population and the effectiveness of a public policy.

**Keywords:** Mental health. Psychosocial Attention. Center for Psychosocial Care. CAPS. Brazilian Health System.

## Introdução

A Constituição Federal de 1988 assegura a saúde como Direito Social, um direito de todos e dever do estado, devendo ser garantida mediante políticas públicas de redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma árdua conquista da sociedade brasileira, iniciada na década 1970, resultante da ampla mobilização da sociedade em defesa de mudança nos modelos do cuidado em saúde. Desde a atenção e gestão das práticas em saúde, até a defesa de uma saúde coletiva, equidade na oferta de bens e serviços em saúde, as mobilizações também pautaram a importância da participação dos trabalhadores e usuários dos serviços nos processos de gestão e de produção das tecnologias em saúde (PAIM, 2012).

Concomitante a esses movimentos de transformações da saúde pública brasileira, no campo da saúde mental, também se iniciava um processo de crítica e proposição de um outro modelo de cuidado, chamada de Reforma Psiquiátrica. O movimento da Reforma buscou fortalecer a criação de redes de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel estratégico e inovador no cuidado a saúde mental. A Lei nº.10.216, de 2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, representou uma conquista de décadas de luta e de trabalho para a mudança do modelo de cuidado em saúde mental. Do mesmo modo, a Portaria nº.336, de 2002, criou os CAPS para serem serviços ambulatoriais, de base territorial e comunitária, respondendo a demanda de substituir o modelo manicomial.

Assim, os CAPS têm papel estratégico para articulação do cuidado em saúde mental e na formação de redes de cuidado em liberdade (BRASIL, 2004). Dentre suas diversas funções, estão: assistência direta com os usuários, atendimento clínico em regime de atenção diária, evitar as internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social e familiar das pessoas com transtornos mentais, dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica de saúde, trabalhar em conjunto com os serviços do território (Equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, etc.), promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários e articular os recursos existentes em outras redes (sócio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.) (BRASIL, 2004).

Para isso, os Centros de Atenção Psicossocial devem ser de base territorial, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles(as) usuários(as) que os frequentam. Para tal, o indicador CAPS por 100mil habitantes foi criado para acompanhar a evolução da implantação da rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, servindo como importante instrumento para mensurar a gestão em saúde mental, possibilitando, por conseguinte, a avaliação e definição de prioridades na implantação da Rede de Atenção Psicossocial de acordo com as necessidades de cada região do país (BRASIL, 2015).

Desse modo, este artigo tem como objetivo analisar a taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Em um recorte do período de 2002 a 2015, analisou-se as taxas, refletindo sobre a expansão da rede de saúde mental no município. Através dos resultados de pesquisa, visa-se contribuir para a consolidação da política de saúde mental brasileira vigente, bem como, para futuras análises dos processos de gestão e de atenção em saúde mental no município e para o país.

## Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil tem como diretriz a redução progressiva dos hospitais psiquiátricos e a expansão de uma rede de serviços substitutivos de Atenção Psicossocial de caráter extra hospitalar. Atualmente, os CAPS se constituem como a principal estratégia para a substituição do hospital psiquiátrico, embora existam outros serviços intermediários para indivíduos acometidos por transtornos mentais e/ou com uso danoso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004). No Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, inaugurado em 1987 na cidade de São Paulo, foi o primeiro do país e funcionava como uma unidade intermediária entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico, oferecendo atenção intensiva aos(as) usuários(as) com histórico de longas internações psiquiátricas (BRASIL, 2004).

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos Direitos Sociais, Cívicos, Políticos, Humanos, assim como, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS pos-

suem como princípio central substituir os modelos hospitalocêntricos de cuidado em saúde mental, evitando internações ou longas internações, favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos(as) usuários(as) e suas respectivas famílias (BRASIL, 2004). Com isso, os CAPS são definidos por porte, complexidade e abrangência populacional, organizando-se, assim, de acordo com o perfil populacional dos municípios.

De acordo com a Portaria GM nº.336/2002<sup>1</sup>, os CAPS podem ser classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III e poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD e CAPS AD III. Essas seis modalidades de serviços cumpriram o atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características da demanda dos indivíduos atendidos. Devem estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em abrangência territorial, tendo em vista o princípio da territorialização. Deverão prestar atendimentos em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo<sup>2</sup>, conforme sua modalidade de atendimento. Os CAPS devem funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Entretanto, só poderão existir dentro de área física de um hospital geral ou mesmo terreno se tiverem acesso privativo e uma equipe de profissionais própria.

Dentre as classificações dos CAPS, o CAPS I teria capacidade operacional para atender municípios com população entre 20.000 e 70.000 mil habitantes. Deve ser coordenado por um(a) gestor(a) local, que organizará a demanda e a rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território adscrito. Devem funcionar no período das 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, de segunda a sexta-feira. Tem equipe mínima de nove profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, tendo sua clientela definida por usuários(as) adultos(as) com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

A equipe técnica mínima, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, deverá ser composta por: 01 (um) médico com formação em saúde mental; (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo e/ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico); 4 (quatro) profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2005). As atividades desenvolvidas pelo CAPS I incluem: atendimento individual (à família, medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas domiciliares; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social.

O CAPS II seria um serviço de médio porte e a clientela típica deste serviço é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Possui equipe mínima de 12 profissionais, entre nível médio e superior. Tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 mil habitantes. Os CAPS do tipo III são destinados a um território com população acima de 200.000 mil habitantes, com funcionamento de 24 horas por dia, em todos os dias da semana e feriados, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras. A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Possuem, no máximo, cinco leitos, realizam, quando necessário, acolhimento noturno e internações de curta duração (BRASIL, 2005).

Para os casos de permanência em leitos noturnos, a ocupação não pode exceder sete dias consecutivos ou dez dias não consecutivos. Esse perfil de CAPS funciona como regulador de leitos de internação em hospitais psiquiátricos no âmbito do seu território ou dos municípios para os quais seja referência. É a mais complexa modalidade de CAPS<sup>3</sup> para a prestação do atendimento em transtornos mentais ou de uso abusivo de substância psicoativas. Não há limite de idade para a utilização dos serviços e o atendimento ao(a) usuário(a) inclui, além de medicamentos e psicoterapia, a visita e/ou atendimento domiciliar, atendimento à família, dentre outros.

<sup>1</sup> Existem reformulações nos dados utilizados. Outros materiais foram produzidos pelo Ministério após 2002 como, por exemplo: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psico\\_ssocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psico_ssocial_unidades_acolhimento.pdf) e, também, a criação do CAPS IV <http://www.brasilus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>

<sup>2</sup> Portaria GM nº.336/2002 - Art.5º - Parágrafo único. "Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor" (s.p).

<sup>3</sup> Atualmente, com a nova legislação, já existem os CAPS IV.

Os CAPSi são destinados às crianças e adolescentes e concebidos para atender preferencialmente portadores de transtornos mentais graves, mas podem atender, eventualmente, usuários de álcool e outras drogas até 18 anos de idade. Tem equipe mínima de 11 profissionais de nível médio e superior. Os CAPS AD são especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas (incluindo álcool e outras drogas). Pode ter uma equipe composta por 13 profissionais de nível médio e superior. Tem ênfase na redução de danos para tratamento e recuperação, estimulam a aquisição de novos hábitos, visando à diminuição de internações hospitalares para desintoxicação (BRASIL, 2002a).

Tanto os CAPS do tipo II, CAPSi e CAPS AD poderão comportar um terceiro turno de funcionamento até às 21 horas. Os CAPS AD deverão manter ainda de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso. O CAPS AD III se destina a proporcionar atenção integral e contínua a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com funcionamento durante as 24 horas do dia. Tem por responsabilidade prestar assistência a uma população de 200.000 a 300.000 habitantes. Nas capitais dos estados, os CAPS AD do tipo II passam a ser CAPS AD do tipo III. Portanto, em cada região de abrangência, o município sede deverá, através de um plano de ação regional, indicar um hospital geral de referência para o CAPS AD III. A referência regional deve funcionar como apoio qualificado a usuários que apresentem quadros de abstinência, intoxicação aguda ou agravos clínicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. O atendimento ao paciente inclui, além de medicação e psicoterapia, visita/atendimento domiciliar, atendimento à família, atividades coletivas (oficinas, grupos, assembleias), dentre outras (BRASIL, 2002a).

A Rede de Atenção Psicossocial pode ser avaliada através de critérios técnicos que considerem, por exemplo: a reversão dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, a evolução no acesso e atendimento à população com transtornos psiquiátricos, o nível das ações e suas tendências nas políticas de assistência aos problemas de saúde mental e os indicadores de cobertura nos diferentes territórios do país. Assim sendo, a taxa de cobertura CAPS por 100.000 mil habitantes pactuada para municípios com mais de 20.000 habitantes visa orientar os gestores no planejamento da expansão de suas redes e pretende refletir as modificações da rede de CAPS ao longo do tempo. Considera-se como parâmetro, isto é, como conformação ideal da rede, a proporção de 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para cada 100.000 mil habitantes. A manutenção da série histórica desta taxa permite o monitoramento da expansão dos CAPS no município. Para o efeito do cálculo, consideramos que:

- CAPS I: referência para um território de até 50.000 mil habitantes;
- CAPS II: referência para um território de 100.000 mil habitantes;
- CAPS III (24 horas): referência para um território de 200.000 mil habitantes;
- CAPS infanto-juvenil (CAPSi): referência para um território de 100.000 mil habitantes;
- CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD): referência para um território de 100.000 mil habitantes (BRASIL, 2002a).

Assim, o método de cálculo é dado pela fórmula:

$$\frac{[(n^{\circ} \text{CAPS I} \times 0,5) + (n^{\circ} \text{CAPS II}) + (n^{\circ} \text{CAPS III} \times 1,5) + (n^{\circ} \text{CAPS i}) + (n^{\circ} \text{CAPS ad})]}{\text{População} \times 100.000}$$

Segundo essa metodologia os CAPS, são tipificados de acordo com a demografia populacional e ponderados pela população residente total do município (em 100.000 mil habitantes), a fim de ser definido o indicador da taxa de cobertura. De acordo com a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, os resultados do indicador CAPS por 100.000 mil habitantes podem ser classificados segundo os seguintes parâmetros de cobertura:

- muito boa (acima de 0,70),
- regular/boa (entre 0,50 e 0,69),
- regular/baixa (entre 0,35 e 0,49),
- baixa (entre 0,20 e 0,34) e
- insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

A tendência do indicador do CAPS expressa aspectos efetivos sobre a atenção aos sujeitos portadores de sofrimento psíquico e avalia a sistemática de investimentos na área de saúde mental. Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2014 haviam 2.209 CAPS no país (BRASIL, 2015), sendo que a cobertura de CAPS por 100.000 mil habitantes no Rio Grande do Sul era de 1,32. No Rio Grande do Sul, até 2015, existiam 108 CAPS habilitados e esse dado é utilizado como indicador da atenção extra-hospitalar em saúde mental no SUS. No entanto, a atenção em saúde mental é composta por diversos dispositivos e ações e, cabe salientar, que um indicador quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

## Financiamento dos CAPS

O financiamento dos CAPS era inicialmente realizado por meio do sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial (APAC/SIA), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e providos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), de modo que não impactavam sobre o limite financeiro do estado ou município em gestão plena do sistema (CONASS, 2003). O SIA se destina ao pagamento de ações e serviços de programas prioritários, de alta complexidade realizados pelo gestor estadual.

Em 2005, com o objetivo de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental é lançada a Portaria 245/2005, de incentivo à implantação de Centros de Atenção Psicossocial, prevendo os seguintes valores de acordo com a modalidade de cada CAPS implantados pelos municípios:

- I - R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I em fase de implantação;
- II - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPS II em fase de implantação;
- III - R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para cada CAPSi em fase de implantação;
- IV - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS III em fase de implantação; e
- V - R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CAPS AD, em fase de implantação.

Estes valores podem ser utilizados para reforma, compra de equipamentos, aquisição de material de consumo e/ou capacitação da equipe técnica e outros itens de custeio. Até o ano de 2009, os CAPS eram financiados via preenchimento da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC's). Nesse período, havia três tipos de procedimentos possíveis de serem informados (atendimento de pacientes em tratamento intensivo, semi intensivo e não intensivo). Cabe salientar que os recursos para custeio desses programas eram extrateto da média e alta complexidade. Em 2009, o Ministério da Saúde reformula o cálculo de financiamento dos CAPS a partir de uma série histórica de seis meses da produção de cada serviço, relativa ao ano de 2008. Assim, cada CAPS teve sua série histórica calculada a partir de uma média que definiu o valor repassado para seu financiamento. Isso significa dizer que cada serviço recebia de acordo com a produção lançada, independente se eram serviços do mesmo tipo. Sem entrar na discussão de que alguns municípios não detinham naquele momento a gestão plena da atenção básica, o que fazia com que, por vezes, o gestor estadual pudesse determinar quanto deveria ser repassado para cada CAPS e que, em alguns estados, o repasse financeiro seguiu sendo realizado por produção.

Na prática, os CAPS tinham muita dificuldade para informar corretamente sua produtividade nos moldes propostos pelas APACS, em decorrência das ações desenvolvidas pelos CAPS não se limitarem aos três tipos de procedimentos possíveis de serem informados, limitando o registro dos procedimentos e consequentemente o repasse financeiro respectivo. Por outro lado, alguns gestores de CAPS trabalhavam com a informação equivocada de que o valor repassado pelo Ministério da Saúde correspondia a um valor global e assim deixavam de informar sua produção via APAC's.

A alocação de recursos, nestes casos, permanece ligada a uma lógica econômica de mercado, à capacidade instalada existente e às necessidades financeiras dos prestadores de serviços de saúde, mantendo assim a concentração de recursos nas áreas já desenvolvidas e com maior concentração de estabelecimentos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nessa lógica de financiamento, nem sempre a capacidade instalada é compatível com as necessidades da população, uma vez que os municípios com maior capacidade tendem a angariar mais recursos em detrimento de municípios com menor disponibilidade de equipamentos implantados na rede sanitária.

Com relação a essa questão, Freire (2004) defende que o princípio da equidade deve pautar também a funções distributivas dos bens e serviços de saúde, as quais têm por objetivo compensar ou superar as desigualdades existentes, consideradas socialmente injustas. Deste modo, a distribuição financeira de recursos não mais estaria pautada no quantitativo de serviços de saúde existentes, mas seriam distribuídos por necessidades populacionais, levando em consideração variáveis demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas e, não, pela capacidade de equipamentos de saúde instalados nos estados e municípios.

Apenas a partir do ano de 2011, com a Portaria GM 3.099, se estabeleceu no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, os recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade (MAC) dos estados, distrito federal e municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No mesmo ano a Portaria GM 3.089 que dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estabeleceu os recursos financeiros fixos para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme segue:

- I - CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais;
- II - CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais;
- III - CAPS III - R\$ 63.144,38 (sessenta e três mil, cento e quarenta e quatro reais e trinta e oito centavos) mensais;
- IV - CAPS I - R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil e cento e trinta reais) mensais;
- V - CAPS AD - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais;
- VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 78.800,00 (setenta e oito mil, oitocentos) mensais.

Em 2013 ocorrem readequações no financiamento dos CAPS III e CAPS AD III, através da Portaria GM/MS Nº 1.966 de 2013, que altera o valor dos recursos federais investidos nestes dois serviços.

- III - CAPS III - R\$ 84.134,00 (oitenta e quatro mil, cento e trinta e quatro reais) mensais;
- VI - CAPS AD III (24h) - R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais) mensais.

A Portaria GM 276 de 2012 institui o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) que tem como objetivo o monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde. A Portaria SAS/MS 854 deste mesmo ano altera e cria novos procedimentos mais adequados à realidade dos CAPS qualificando, por conseguinte, o processamento e o monitoramento da produção dos mesmos no Sistema de Informação Ambulatorial no SUS (SIA/SUS). Para informar a produção dos CAPS existem atualmente três sistemas: o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), o de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAI) e o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPAC). A lógica de informar a produção muda e assim a incidência, o controle sobre a produtividade destes serviços fica maior, independente se o órgão gestor tem como objetivo fiscalizar, monitorador ou dar apoio técnico.

Assim, a Portaria SAS/MS 854/2012 possibilita a qualificação das informações sobre as ações desenvolvidas por esse serviço da rede. Todos os municípios devem preencher a RAAS, o BPAI e o BPAC. No RAAS são lançadas produtividades mais focadas em um usuário especificamente. O BPAI é informado somente para acolhimento inicial e o BPAC são todas as ações que não dizem respeito a um usuário especificamente, são ações coletivas. Todas essas informações estão disponíveis on-line no site do DATASUS, porém se questiona a fidedignidade dessas, pois não se pode garantir que todos os CAPS informem na íntegra as ações que realizam, devido aos entraves decorrentes da compreensão do próprio processo de trabalho e a falta de infraestrutura (material, recursos humanos).

## Procedimentos metodológicos

### Delineamento da pesquisa

Este artigo deriva de uma pesquisa de abordagem qualitativa e quantitativa (mista). Para Minayo (2004), a pesquisa qualitativa é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos

atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Já estudos quantitativos proporcionam a quantificação de determinada variável, com possibilidade de verificação de hipótese (CREWELL, 2010; SEVERINO, 2014). Pode-se definir a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa da seguinte forma:

Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente (FONSECA, 2002, p. 20).

### Procedimentos de coleta e análise de dados

A parte qualitativa da pesquisa consistiu em uma pesquisa bibliográfica, documental e eletrônica que, segundo Marconi e Lakatos (2001), decorre do levantamento de bibliografia já publicada em meio impresso ou eletrônico em forma de: livros, revistas ou publicações avulsas, com a finalidade de colocar o pesquisador em contato direto com o tema central e os que circundam o foco de estudo. Assim, realizou-se o levantamento do número de CAPS do município de Porto Alegre (RS) dos anos de 2002 a 2015 tomando-se como ponto de partida para a definição deste período o marco legislativo de criação dos Centros de Atenção Psicossocial, a Portaria GM 336/2002.

A parte quantitativa foi elaborada a partir da extração e tabulação de dados públicos constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos dados disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no site da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA). Procurou-se analisar a taxa de cobertura dos CAPS e sua relação com os investimentos municipais para o fortalecimento e ampliação de CAPS no período analisado. Foi feita uma série histórica a partir da data de inauguração de cada CAPS conjuntamente com a população do município de acordo com publicações do IBGE.

### Resultados e Discussão

O município de Porto Alegre (RS) possui uma extensão territorial de 496.682 km, tem 81 bairros criados por lei e, segundo o IBGE em 2015, possui 1.476.867 habitantes. Os serviços do SUS estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as 8 Gerências Distritais (GD). Os DS são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. As Gerências Distritais de Saúde são: Sul-Centro-Sul, Leste-Nordeste, Centro, Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Partenon-Lomba do Pinheiro, Glória-Cruzeiro-Cristal, Norte-Eixo-Baltazar, Restinga-Extremo-Sul.

De acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, dados de 2015, o município contava com 72 Estratégias de Saúde da Família, 45 Unidades Básicas de Saúde, 7 Centros de Saúde Municipais, 12 Centros de Saúde Conveniados, 8 serviços de atendimento de Urgência e Emergência, 4 Hospitais, 20 Hospitais Conveniados, 11 serviços na Rede de Atenção Especializada, 15 serviços na Rede de Atenção Especializada Conveniados, 1 Laboratório Central de Saúde Pública, 15 Laboratórios conveniados.

O município de Porto Alegre possui, no ano de 2019, 12 (doze) CAPS, sendo eles: CAPS II Cais Mental Centro, CAPS II Glória-Cruzeiro-Cristal, CAPS II Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAPS II Grupo Hospitalar Conceição, CAPS AD III IAPI, CAPS III AD Grupo Hospitalar Conceição, CAPS AD III Partenon Lomba do Pinheiro, CAPS AD Glória-Cruzeiro-Cristal, CAPS AD Vila Nova, CAPS I Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAPS I Grupo Hospitalar Conceição e CAPS I Casa Harmonia.

O Quadro I, a seguir, sintetiza os estabelecimentos em saúde utilizados para compor o indicador CAPS POA a partir das informações disponíveis no CNES.

**Quadro I - CAPS do Município de Porto Alegre – RS**

	NOME	TIPO	INICIO DE FUNCIONAMENTO	CADASTRO NO CNES
1	CAPS II CAIS MENTAL	CAPS II	ago/02	2264323
2	CAPS AD GCC	CAPS AD	dez/14	6754090
3	CAPS II GCC	CAPS II	dez/08	2237717
4	CAPS AD VILA NOVA	CAPS AD	dez/10	6255434
5	CAPS II GHC	CAPS II	out/09	6487734
6	CAPS i GHC	CAPS i	out/14	6638988
7	CAPS II INFANTOJUVENIL CASA HARMONIA	CAPS i	mar/02	2264293
8	CAPS III PLP	CAPS III AD	nov/13	7313810
9	CAPS III IAPI	CAPS III AD	set/12	6290124
10	CAPS AD III GHC	CAPS III AD	mai/15	7535449
11	CAPS II HCPA	CAPS I	ago/00	7364881
12	CAPS i HCPA	CAPS i	ago/00	7364865

Fonte: Autores, (2015) <sup>4</sup>

Os dois CAPS administrados pelo HCPA constam nos dados do CNES como estando localizados na mesma área física do hospital, o que contraria o disposto no Art. 3º da portaria 336/2002 que estabelece que os CAPS só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar. Essa situação somente foi readequada em 2014. Entretanto, estes dados não constam no site do CNES, apenas no site do HCPA. Também foi observado que na prática o CAPS i foi cadastrado como CAPS I.

A Tabela I, a seguir, apresenta a série histórica referente a taxa de cobertura e ao indicador de CAPS no município de Porto Alegre (RS), conforme CNES e IBGE no período de 2002 a 2015.

**Tabela I**

Série histórica CAPS por tipo (POA, 2002 - jun/2015)

ANO	CAPS ad	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	TOTAL	Taxa de Cobertura de CAPS	POPULAÇÃO	POP/100.000	INDICADOR
2002	0	0	1	0	1	2	1,0	1.383.454	13,83	0,07
2003	0	0	1	0	1	2	1,0	1.394.085	13,94	0,07
2004	0	0	1	0	1	2	1,0	1.416.363	14,16	0,07
2005	0	0	1	0	1	2	1,0	1.428.696	14,29	0,07
2006	0	0	1	0	1	2	1,0	1.440.939	14,41	0,07
2007	0	0	1	0	1	2	1,0	1.420.667	14,21	0,07
2008	0	0	2	0	1	3	2,0	1.430.220	14,30	0,14
2009	0	0	3	0	1	4	3,0	1.436.123	14,36	0,21
2010	1	0	3	0	1	5	4,0	1.409.351	14,09	0,28
2011	1	0	3	0	1	5	4,0	1.413.094	14,13	0,28
2012	3	1	4	0	2	10	7,5	1.416.714	14,17	0,53
2013	4	1	4	0	2	11	8,5	1.467.816	14,68	0,58
2014	4	1	4	1	2	12	10,0	1.472.482	14,72	0,68
2015	4	1	4	1	2	12	10,0	1.476.867	14,77	0,68

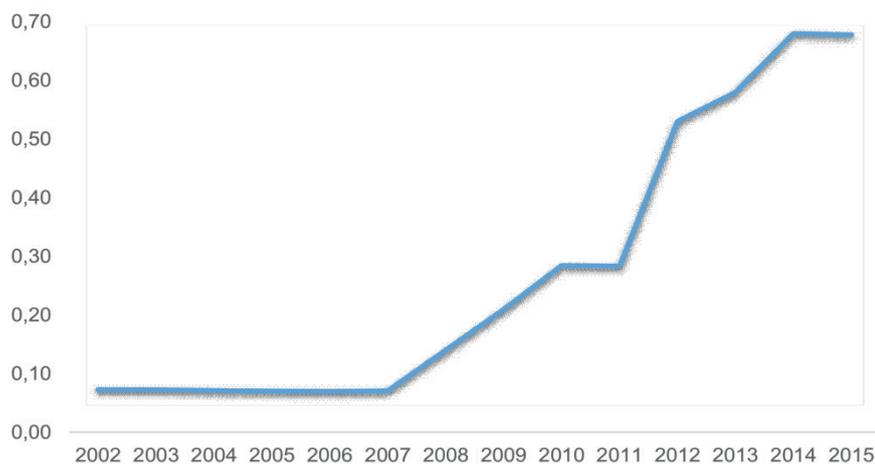
Fonte: Autores (2015) <sup>5</sup>

<sup>4</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>

<sup>5</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>

Constata-se uma evolução expressiva do número total de CAPS em Porto Alegre que passa de 2 em 2002 para 12 em 2015, representando um aumento de 500% no total de serviços no período. O reflexo desse aumento pode ser constatado na taxa de cobertura que teve uma variação positiva de 900%, variando de 1,0 em 2002 para 10,0 em 2015. Neste mesmo período o indicador de cobertura passa de 0,07 para 0,68, demonstrando um expressivo aumento de 871% na abrangência do atendimento à saúde mental. Assim, o indicador CAPS/100.000 habitantes que em 2002 era considerado insuficiente (abaixo de 0,20), atinge no ano de 2015, o patamar que possibilita ao município ser considerado como tendo uma boa cobertura (entre 0,50 e 0,69) de acordo com os parâmetros ministeriais.

A tendência do indicador CAPS aponta para os aspectos relativos à qualidade do acesso e da atenção aos sujeitos portadores de transtornos psíquicos e, deste modo, possibilita a avaliação sistemática dos investimentos do município na área de saúde mental conforme Gráfico 1, a seguir.



**Gráfico 1**

Evolução do Indicador CAPS e da Taxa de Cobertura de CAPS no município de Porto Alegre – RS entre 2002 e 2015.

Fonte: Autores (2015)<sup>6</sup>

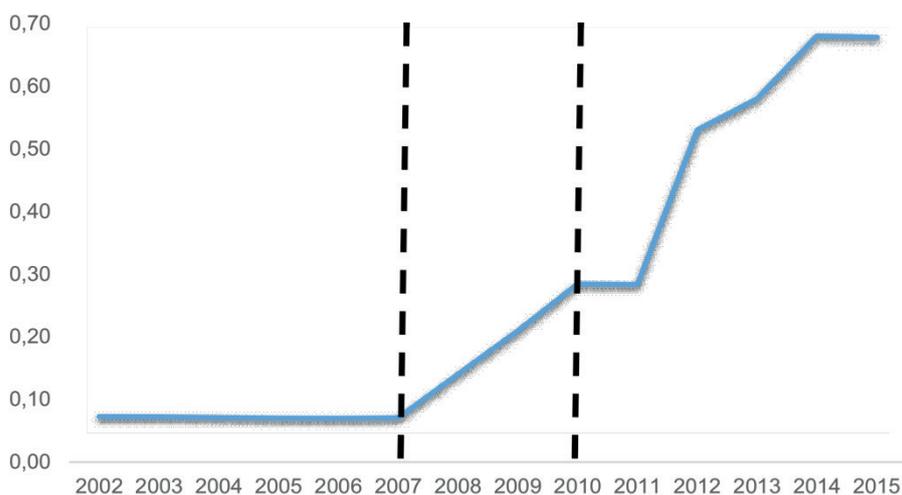
O mais recente levantamento do Ministério de Saúde, realizado em 2015, o Relatório Saúde Mental em Dados 12 (BRASIL, 2015), indica que o estado do Rio Grande do Sul apresenta uma taxa de 1,32, considerada como uma cobertura muito boa, segundo parâmetros de Cobertura do indicador CAPS/100 mil habitantes. Entretanto a Capital do estado não detém uma taxa de cobertura igual ou próxima a do estado.

Destaca-se em nossa análise, o período relativo aos anos de 2007 a 2010 onde se verifica que ocorre uma variação positiva de 300%, resultante da mudança do indicador que passa de 0,07 para 0,28. Contribuiu para este fato, o aumento do número total de CAPS que passou de 2 (dois) para 5 (cinco) no período. O aumento de 300% no indicador CAPS POA é o maior na série histórica e reflete a implantação de 2 (dois) novos CAPS II na Gerência Distrital Centro e I (um) na Gerência Glória-Cruzeiro-Cristal. Ainda que se verifique um aumento significativo no indicador da taxa de cobertura, do ponto de vista concreto do acesso e do atendimento aos usuários estes dois novos serviços estão situados em regiões limítrofes da cidade e atendem a uma população específica, não chegando a atender as necessidades de regiões mais periféricas ou afastadas do Centro do município (BRASIL, 2015).

Verifica-se um outro pico de mudança no período entre 2011 e 2012, onde há uma variação positiva de 87%, em que o indicador de cobertura passa de 0,28 para 0,53 em função do aumento do número total de CAPS que passa de 5 (cinco) para 10 (dez) conforme Gráfico 3, a seguir:

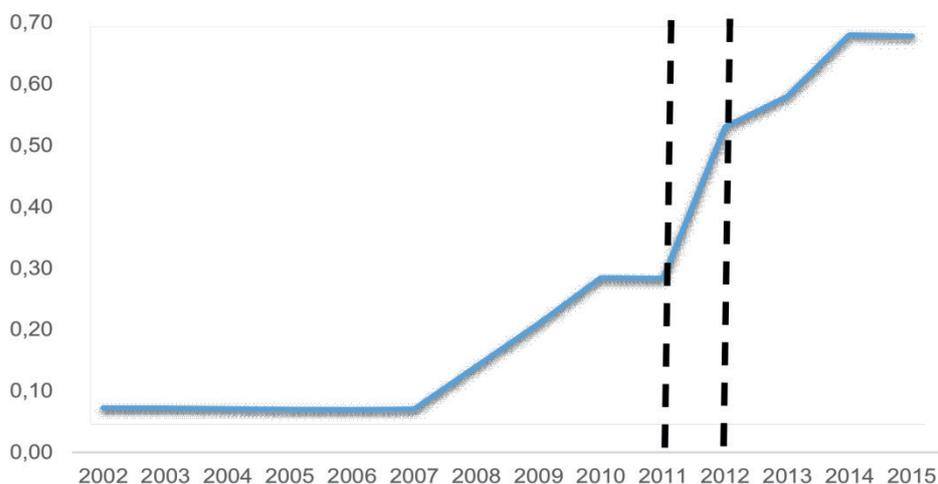
gov.br/home/>

<sup>6</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>



**Gráfico 2**  
Evolução do Indicador CAPS POA da Taxa de Cobertura de CAPS no município de Porto Alegre – RS entre 2002 e 2015, ressaltando o período 2007-2010

Fonte: Autores (2015)<sup>7</sup>



**Gráfico 3**  
Evolução do Indicador CAPS POA da Taxa de Cobertura de CAPS no município de Porto Alegre – RS entre 2002 e 2015, salientando o período 2011-2012.

Fonte: Autores (2015)<sup>8</sup>

Como podemos observar no Quadro 2 abaixo, Porto Alegre conta com CAPS em somente 6 (seis) das 8 (oito) Gerencias Distritais em Saúde: Leste Nordeste, Centro, Noroeste-Humaitá-Navegantes-Ilhas, Partenon-Lomba do Pinheiro, Glória-Cruzeiro-Cristal, Norte-Eixo-Baltazar.

**Quadro 2 - Tipo de CAPS por Gerências Distritais e Tipo de Vínculo.**

TIPO DE SERVIÇO	GERENCIA DISTRITAL	VÍNCULO
CAPS II Cais Mental Centro	CEN	próprio
CAPS II GCC	GCC	próprio
CAPS AD GCC	GCC	próprio
CAPS II HCPA	CEN	conveniado
CAPS II GHC	NEB	conveniado
CAPS III AD GHC	NEB	conveniado
CAPS I HCPA	CEN	conveniado
CAPS I GHC	NEB	conveniado
CAPS II Intanto Juvenil Casa Harmonia	CEN	próprio
CAPS ad Vila Nova	SCS	conveniado
CAPS AD III IAPI	NHNI	conveniado
CAPS III AD PLP	PLP	conveniado

Fonte: Autores (2015)<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>

<sup>8</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>

<sup>9</sup> Informações extraídas do site do CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> e IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>

Para as duas Gerências Distritais descobertas em relação a este dispositivo, Restinga-Extremo-Sul e Sul-Centro-Sul, possivelmente o gestor municipal tem de articular outras pactuações na Rede de Atenção Psicossocial e na própria atenção básica para suprir demandas de saúde mental. No que tange ao tema de vinculação dos serviços, existem 4 (quatro) CAPS próprios e 8 (oito) conveniados, totalizando um perfil de 67% dos CAPS do município conveniados e 33% próprios. Dos conveniados 3 (três) são fruto de parceria público privada (CAPS II AD Vila Nova, CAPS III AD IAPI e CAPS III AD Partenon-Lomba do Pinheiro).

Desde a criação dos CAPS ad III em 2012, até o ano de 2014, foram implantados 69 serviços desse tipo do país inteiro. Este fato de seu muito em função da criação do Programa Crack é Possível Vencer, que possibilitou um aumento dos investimentos financeiros neste tipo de CAPS e gerou a ampliação do cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015). No município de Porto Alegre (RS) o primeiro CAPS III AD IAPI foi inaugurado em 2012 e, posteriormente, em 2013 o CAPS III AD PLP, por meio de parceria público privada, seguido do CAPS AD do GHC que, em 2015, se transforma em tipo III.

Pode se considerar que uma baixa ou insuficiente cobertura de CAPS dificulta o acesso aos serviços de saúde e, por conseguinte, impede o cumprimento de princípios do SUS como a universalidade do acesso, a regionalização e a equidade. Não é o caso de Porto Alegre que apresenta uma taxa de cobertura considerada boa de acordo com os parâmetros do MS. No entanto, como já foi dito anteriormente, o indicador não pode ser analisado isoladamente. A distribuição dos serviços no município ainda está longe de responder às demandas da população, fazendo com que gestores tenham que criar estratégias para poder cobrir territórios não assistidos, implicando em custos tanto para o usuário, quanto para o próprio sistema, trazendo dificuldades no acesso aos serviços e interferindo muitas vezes na continuidade do tratamento.

Também se observou o desencontro das informações durante a realização da pesquisa. Foram encontradas divergências entre as informações disponíveis, especialmente entre as da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS) e as do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Dentre elas destacam-se a desatualização dos endereços e telefones dos serviços, da relação de profissionais lotados nos serviços, da data de habilitação e da data em que o serviço começou efetivamente a funcionar. Cabe lembrar que todo cidadão(a), de acordo com a Lei 12.527/2011, tem garantido o direito fundamental de solicitar e receber dos órgãos e entidades públicos, de todos os entes e Poderes, informações públicas por eles produzidas ou custodiadas.

Assim, na medida em que os serviços do Sistema Único de Saúde publicam informações divergentes da realidade, acabam por dificultar o acesso dos usuários, um dos princípios do SUS. Outro aspecto interessante a ser analisado é a constatação de que 67% da rede de CAPS do município de Porto Alegre é conveniada, pela parceria público/privada. Considerando que o SUS foi criado com o ideário de ser público e a saúde não deve ser tomada como mercadoria e fonte de lucro, defende-se que cada vez mais ela seja, de fato, assumida na prática como responsabilidade do estado.

Entretanto, sua própria base legal tem permitido, contraditoriamente, não apenas a participação da iniciativa privada, mas inclusive o seu financiamento. Assim, cada vez mais frequentes, as parcerias com a iniciativa privada, sejam elas Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP) ou Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) justamente por sua configuração jurídica, tem trazido algumas questões que afetam diretamente a qualidade do cuidado prestado. Uma delas é a rotatividade de profissionais.

Segundo Nomura e Gaidzinski (2005) a rotatividade de recursos humanos representa um grande problema e implica significativamente na qualidade do cuidado como também nos custos para as organizações. A troca de profissionais, com experiência para outros novos e sem experiência, afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador. Para que haja um cuidado de qualidade é fundamental que haja a criação de vínculo entre trabalhadores e usuários. Uma alta taxa de rotatividade dos profissionais torna este vínculo vulnerável, o que no campo da saúde mental torna esta situação ainda mais preocupante e danosa.

Correa e Santos (2015) indicam que os problemas do SUS hoje não estão centrados apenas no seu modelo de gestão como também na viabilização dos meios materiais necessários à sua efetivação de forma descentralizada, com uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com acesso universal e com integralidade da atenção à saúde, com financiamento tripartite e com controle social. Em análises de políticas

do SUS, relatam-se a presença de profissionais “frequentemente (...) sobrecarregados, (...) alta demanda de atendimento, com cobranças externas referentes à produção e, principalmente, atravessados por instabilidades de contrato, devido a muitos funcionários se encontrarem vinculados na condição de contrato temporário” (ECKER; TORRES, 2015, p.413).

Assim, o desafio de efetivar a Reforma Psiquiátrica passa por adequar a taxa de cobertura dos CAPS no município de Porto Alegre articulada às demandas da sociedade e aos princípios do SUS. Humanização, protagonismo, transversalidade são princípios do SUS potentes e afinados à perspectiva do cuidado em Saúde Mental, defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (MELLO, 2009), mas que, para serem eficazes, requerem a presença de serviços de saúde que respondam, de modo incisivo, às necessidades de saúde das comunidades a que se destinam. Para isso, o gestor público deve ter conhecimento do processo histórico de construção do SUS, conhecimento da área que administra e gerir em defesa de um sistema de saúde público e de qualidade.

## Considerações finais

O SUS é uma conquista histórica e prevista em lei, assim como a Reforma Psiquiátrica, e envolve campos de disputa em constante construção. Os CAPS constituem uma das principais estratégias do processo da Reforma Psiquiátrica que vem sendo implantada no Brasil nas últimas décadas e tencionam novos campos de negociação e diálogo que propiciam a participação do usuário com ampliação das redes sociais de autonomia. Assim, fazer com que a política pública de saúde mental se efetive significa fortalecer vidas, serviços e investimentos nas ações do estado.

Os CAPS são parte de uma grande rede de saúde que tem conexões com outros serviços intersetoriais, instituições e organizações da sociedade, que acabam por extrapolar o campo da saúde, fazendo redes inclusivas na produção de novos sentidos de viver em sociedade, com articulação permanente da garantia dos Direitos Sociais (saúde, educação, trabalho, moradia, lazer, transporte, dentre outros). Assim, a produção de cuidado implica diversificar a rede de ações, abrindo novas possibilidades de encontro através da ampliação da rede de circulação, utilizando os recursos existentes na comunidade e ofertados pelo estado (MERHY, 2007; YASUI, 2010; SARACENO, 2001).

Para serem de fato substitutivos ao hospital psiquiátrico, os CAPS devem promover a reinserção social do indivíduo através da garantia e exercício dos Direitos Cívicos, Sociais, Políticos, Humanos e no fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Esses elementos, dentre outros, constituem-se, de fato, como dispositivos importantes para uma clínica efetiva em Psicologia e nas demais áreas, produtora de mais autonomia, responsabilização e protagonismo do usuário(a) em toda a trajetória do seu tratamento.

Portanto, analisar a evolução da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS por 100.000 mil habitantes, no município de Porto Alegre entre os anos de 2002 até 2015 proporcionou reafirmar a importância do gestor público compreender a conjuntura política e econômica para efetivar uma política pública de saúde mental afinada com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da garantia de direitos. A análise contextualizada desse indicador proporciona ao gestor da saúde subsídios valiosos para o planejamento de ações orientando, por conseguinte, futuros investimentos na área de saúde mental que se fazem necessários para garantir acesso e atendimento da população. Não existe uma resolução única, mas existem diferentes possibilidades de gerir de acordo com as demandas da sociedade como um todo. Assim, se faz necessário mediar os interesses de todos(as), tanto do trabalhador, quanto do usuário(a), do gestor(a) e do próprio estado.

## Referências

AFONSO, J.R.R.; ARAUJO, E.A. **Cresceu a carga tributária em 2003**. Nota Técnica, 4 de maio de 2004.

AMARANTE, P. **Saúde mental e a atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ARAÚJO, E. A. **Análise das Contribuições Sociais no Brasil**, 2005. Nota Técnica, outubro de 2005.

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. São Paulo: Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 322 de 8 de maio de 2003**. Aprova diretrizes acerca da aplicação

- da emenda constitucional n.º 29/2000. (ementa elaborada pela biblioteca/MS). Com indexação da aprovação, diretrizes para o planejamento em saúde, recursos financeiros, ações de saúde, serviços de saúde.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 11**, Ano VII, n.º 11, outubro de 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 12**, Ano 10, n.º 12, agosto de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.
- BRASIL. **Lei n.º 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. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil** – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5. ed. ampl. Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. 56 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A reestruturação da atenção em saúde no Brasil.** In: II CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE MENTAL, 2., 1994. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 189 de 19 novembro de 1991.** Aprova os grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental e das outras providências. (ementa elaborada pela CDI/MS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Dispõe sobre a criação dos serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, no âmbito do sistema único de saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 251 de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece, na forma do anexo desta portaria, as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde-SUS.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002a.** Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.
- BRASIL. **Portaria n.º 204 de 29 de janeiro de 2007.** Dispõe da regulamentação do financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 854 de 22 de outubro de 2012.** Altera, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde atributos dos procedimentos, a partir da competência Outubro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de gestão 2007-2010, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: CNES, 2015.

BRASIL. **Lei n.º 9.755 de 16 de dezembro de 1998**. Dispõe sobre a criação de “homepage” na “Internet”, pelo Tribunal de Contas da União, para divulgação dos dados e informações que especifica, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

BRASIL. **Nota Técnica Pacto pela Saúde 2010/2011**. 03 de novembro de 2009.

BRASIL. **Nota Técnica sobre a RAAS/2012**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde.

CARVALHO, G. **Gasto Público Municipal em Saúde**, 2011.

CARVALHO, G; MEDEIROS, J. **Redes de atenção à saúde no SUS: financiamento e alocações**. In: SILVA, S. (Org) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. pp 137-148. Campinas-SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CORREA M. V. C.; SANTOS V. M. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão**. In: *A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Maria de Fátima Siliansky Andreazzi, Juliana Souza Bravo de Menezes, Joseane Barbosa de Lima, Rodriane de Oliveira Souza*. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAIN, S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup): 1851-1864, 2007.

ECKER, D. D.; TORRES, S. Relato de experiência no programa PIM-PIA: políticas públicas e primeira infância. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, jul./dez. 2015.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FREIRE, F. H. M. A. **O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos**. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Sergio Arouca. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

FREIRE, F. H. M. A. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Ministério da Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

FURTADO, J. Pereira. Avaliação da Situação Atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS, **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3):785-795, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. **Infográficos: dados gerais do município de Porto Alegre (RS)**, [2018].

LACERDA, A. Sampaio. Relatório Final. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, [Brasília], 1992.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

MAYRING, P. H. Einführung in die qualitative Sozialforschung. In: FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa social qualitativa**. 5. ed. Weinheim: Beltz, 2002.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 5. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2001. p. 43-44.

MÉDICI, A. **Breves Considerações sobre a Relação entre Financiamento da Saúde e Direito Sanitário no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MÉDICI, A. **Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde**. In: PIOLA, S.F; VIANNA, S.M. (Org) *Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 2002.

MELLO, V. **Estratégias de Humanização do cuidado em Saúde Mental: cartografando as intervenções de**

- apoiadores institucionais.** 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. M. **Atenção Domiciliar:** medicalização e substitutividade. 2007.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NOMURA F. H.; GAIDZINSKI R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, USP, São Paulo, vol. 13, n. 5, setembro-outubro, 2005.
- PAIM, J. A. Saúde Mental. **Revista Luta Médica.** Bahia, p. 5-12, jun-set., 2012.
- PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. (Org) **Economia da Saúde:** conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 2002.
- PORTO, S. M.; UGA, M. A. D.; MOREIRA, R. da S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.16, n.9, p. 3795-3806, 2011.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Os bairros criados por lei.** Porto Alegre, 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Equipe da SMS.** 2015.
- SARACENO, B. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial a cidadania possível. 2.ed. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá, 2001.
- SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria da Saúde. **Pacto pela Vida.** Santa Catarina, [2018].
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**, São Paulo; Cortez, 2004.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. 213 p.
- YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.