

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA

**O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS EM  
SAÚDE MENTAL: A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NAS  
NAÇÕES EM DESENVOLVIMENTO**

**O CASO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Dissertação de Mestrado

**Veralice Maria Gonçalves**

Porto Alegre, 2010

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA**



*Dissertação de Mestrado*

**O DESAFIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADOS EM  
SAÚDE MENTAL: A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS NAS  
NAÇÕES EM DESENVOLVIMENT**

**O CASO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

**VERALICE MARIA GONÇALVES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu

Porto Alegre, Brasil, 2010.

G635d **Gonçalves, Veralice Maria**

O desafio da construção de uma rede de cuidados em saúde mental : a questão dos recursos humanos nas nações em desenvolvimento o caso do estado do Rio Grande do Sul, Brasil / Veralice Maria Gonçalves ; orient.

Paulo Silva Belmonte de Abreu. – 2010.

87 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Serviços de saúde mental 2. Cobertura de serviços públicos de saúde 3. Avaliação de serviços de saúde 4. Recursos humanos em saúde 5.

Rio Grande do Sul I. Abreu, Paulo Silva Belmonte de II. Título.

NLM: WM 30

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Abreu, pelo acolhimento ao seu grupo de pesquisa, pelo crédito ao Projeto do Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde, promovendo na prática o exercício da construção do conhecimento na troca de diferentes saberes.

Ao querido Professor Manfroi, exemplo de vida, sonho e paixão, por ter sido o mentor deste meu desafio, por ter me dado a oportunidade do exercício de ouvir e sentir a importância de tantos olhares no processo de ensinar e aprender.

À Salete Sulszbach, por semear este sonho.

Aos meus colegas psiquiatras, Rafael Candiago e Sérgio Saraiva, por bons momentos de discussão e aprendizagem nas manhãs de sextas feiras.

À querida Professora Carmen Bezerra, por fazer da Educação motivo de vida e acreditar que todos nós podemos construir novas práticas por meio de nossas lutas individuais e coletivas.

Aos meus colegas da Educação e Saúde, Adriana Carvalho, Luiz Henrique Silveira, Sandra Bertoldi, Luciana Barcelos, Gladis Baptista, Alexandre Moreto, Paulo Muller, Cristiane Barelli e Marivânia Stedile por podermos dividir as incertezas e as conquistas.

A todos os professores, coordenadores, convidados e funcionários do Programa de Pós Graduação da Psiquiatria da Faculdade de Medicina da UFRGS pela dedicação e exemplos motivadores.

Aos meus colegas do Ministério da Saúde/DATASUS, amigos que participaram com entusiasmo destes dois anos e dividiram momentos de questionamentos embaixadores de muitas buscas de novas respostas.

Ao meu querido pai Domingos Gonçalves, que durante sua existência imprimiu em mim os valores humanos com os quais construo com orgulho os meus projetos de vida.

À minha querida mãe Vera Lydia, exemplo de força e vontade de viver, incentivadora constante, sempre presente na minha ausência, compreensiva, carinhosa e compartilhadora de todos os meus passos e novas experiências, possíveis somente por sua confiança e seu amor.

À minha querida tia Alice Klausz, exemplo de vida, pelo entusiasmo e ensino de que há um tempo para tudo, quando se acredita nos sonhos, mesmos os que parecem impossíveis.

Ao meu querido Carlos, parceiro de desenvolvimento do meu maior e mais complexo projeto de vida (ALINE), com o qual espero poder estar presente em

muitas fases de implementação deste interminável, desafiador e maravilhoso projeto.

Especialmente à minha querida filha Aline, a quem dedico este momento além de toda a minha vida. Meu amor sem fim, meu maior e mais importante projeto desde sua concepção em 1993, pelo seu apoio e participação, demonstrando orgulho por cada etapa de conquista que passo, pela presença do seu amor incondicional, mesmo nas minhas ausências em momentos que exigiam meu olhar de mãe.

A Deus, por me dar o privilégio do conhecimento e a bênção da saúde, para poder construí-lo.

**“A vida não vingou no planeta  
através do combate, mas  
através da parceria, do  
compartilhamento e do  
trabalho em equipe”**

**Fritjof Capra**

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a estrutura da rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a distribuição de recursos humanos e composição das suas equipes nas dezenove Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de indicadores de estrutura e produtividade, buscando diferenças na distribuição destes recursos entre os CAPS do Estado do Rio Grande do Sul.

**Método:** Realizado estudo transversal com base em dados públicos disponíveis no site do DATASUS – Departamento de Informática do SUS (Sistema Único de Saúde). Os dados foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) do período de 2007 a 2009. Foram utilizados para análise os indicadores de cobertura dos CAPS, a distribuição dos recursos humanos e composição das equipes em relação à representação das principais especialidades de profissionais envolvidos no cuidado à saúde mental em cada tipo de dispositivo. As análises de associação entre a composição da equipe e produtividade dos serviços foram descritas.

**Resultados:** Foram identificadas diferenças regionais e existência de áreas críticas tanto na cobertura dos CAPS como na distribuição de seus profissionais. Analisada a variabilidade de cobertura de cada região, foi evidenciada a cobertura insuficiente em determinadas regiões que representam 49% da população do Estado com cobertura inadequada. Das dezenove Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, cinco apresentaram inadequação do parâmetro mínimo de cobertura de RH com base na Portaria GM 336/2002. Entre oitenta e três diferentes ocupações cadastradas nos Centros de Atenção Psicossocial, a maior frequência relativa é de apenas cinco especialidades: psicólogos, enfermeiros, médicos psiquiatras,

auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem. A proporção de profissionais dos CAPS no Rio Grande do Sul representa somente 1,82% do total de profissionais que atuam no SUS no Estado. Foram evidenciadas: a inadequação do quantitativo de profissionais de nível superior nas modalidades de serviço CAPS I, que é a mais frequente modalidade de serviço no RS (50%) e a inadequação do quantitativo de profissionais enfermeiros com formação em saúde mental nos CAPS II e CAPS ad, tendo sido identificada a adequação do número mínimo de psiquiatras somente nos CAPS ad. Houve uma forte correlação entre o total de recursos humanos dos CAPS e a média da produção de serviços. A análise da caracterização dos atendimentos por meio da produção das unidades identificou uma diminuição do número de altas por abandono do tratamento e uma tendência crescente na proporção de atendimentos em transtornos de humor, transtornos de uso de substâncias, transtornos de personalidade e de desenvolvimento psicológico.

**Conclusão:** Os dados oficiais permitem a análise e avaliação da estrutura da rede de atenção ambulatorial tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada conforme definição da Política de Saúde Mental. Os serviços de atenção psicossocial na comunidade existem em apenas 68,1% dos países, com cobertura de 83,3% da população mundial. No Brasil, em março de 2009, apenas 1.028 municípios possuíam CAPS, representando 18% do total de municípios do país, e no Rio Grande do Sul, no mesmo período, apenas 86 municípios possuíam CAPS, totalizando 17% do total de municípios do Estado com cobertura de pouco mais da metade da população, revelando as desigualdades regionais. A alocação de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial está abaixo do parâmetro mínimo definido pela legislação brasileira que



regulamenta a Política de Saúde Mental, tanto em relação ao número mínimo quanto às diferentes especialidades profissionais. As tendências de mudanças nas proporções de atendimentos de diagnósticos psiquiátricos são detalhadas. Entre outros aspectos, a análise de indicadores da estrutura da rede de atenção psicossocial com base comunitária relacionados aos recursos humanos se faz necessária para identificação da adequação de sua distribuição, formação, regulamentação de carreiras e avaliação de satisfação do seu trabalho com o objetivo de qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the structure of the network of Centers for Psychosocial Care (CAPS), the distribution of human resources and composition of their teams in the nineteen health regions of the State of Rio Grande do Sul, with indicators of structure and productivity, in search of differences in the distribution these resources between the CAPS of Rio Grande do Sul State.

**Methods:** Cross-sectional study based on public data available on the DATASUS – Informatics Department of the SUS (Unified Health System). Data were extracted from the National Register of Health Institutions (CNES) and the Ambulatory Information System (SIA-SUS) for the period 2007 to 2009. The distribution of resources and the composition of teams for the representation of major specialties of professionals involved in mental health care in each type of device were used to analyze the coverage indicators of CAPS. The analysis of association between team composition and productivity of services have been described.

**Results:** Were identified regional differences and the existence of critical areas in the coverage of both CAPS and the distribution of its professionals. Analyzing the variability of coverage of each region, showed the insufficient coverage in certain regions that represent 49% of the population of the country with inadequate coverage. The nineteen health regions of Rio Grande do Sul, five had inadequate parameter for the coverage of HR based on Decree 336/2002 GM. Between eighty-three different occupations registered in Psychosocial Care Centers, the largest relative frequency is only five specialties: psychologists, nurses, psychiatrists, nursing assistants and nursing technicians. The proportion of professionals in CAPS in Rio Grande do Sul represents only 1.82% of all professionals working in the SUS

in the state. Were found: the inadequacy of the quantitative level professionals in the terms of service CAPS I, which is the most common service in the RS (50%) and an inadequate number of staff nurses trained in mental health in the CAPS ad. Only in CAPS ad has been identified the adequacy of the minimum number of psychiatrists. There was a strong correlation between the total human resources of CAPS and the average production of services. The analysis of the characterization of outpatients by the production units identified a decrease in the number of discharges for abandonment and an increasing trend in the proportion of outpatients care in mood disorders, eating disorders, substance use, personality disorders and psychological development.

**Conclusions:** Official data allow analysis and evaluation of outpatients network structure with CAPS as strategic services to organize the gateway as defined by the Mental Health Policy. Services of psychosocial care in the community exist in only 68.1% of countries, covering 83.3% of the world. In Brazil, in March 2009, only 1028 had CAPS municipalities, representing 18% of all municipalities in the country, and Rio Grande do Sul, in the same period, only 86 municipalities had CAPS, totaling 17% of all municipalities in the state coverage of more than half the population, revealing the regional differences. The allocation of human resources in community mental health services is below the minimum threshold set by the Brazilian legislation that regulates the Mental Health Policy, both in relation to the minimum number on the various professional specialties. The trends of changes in the proportions of emergency psychiatric diagnoses are detailed. Among other things, the analysis of indicators of the health network of community-based psychosocial related to human resources is needed to identify the appropriateness of its distribution, training,

regulation and assessment of career satisfaction of their work in order to qualify expand and strengthen the network outside the hospital.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**AIH – Autorização de Internação Hospitalar**

**AIMS – Assessment Instrument for Mental Health**

**APAC – Autorização para Procedimento de Alto Custo/Complexidade**

**BPA – Boletim de Produção Ambulatorial**

**BSRS – Brazilian State of Rio Grande do Sul**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**CBO – Classificação Brasileira de Ocupações**

**CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**

**DATASUS – Departamento de Informática do SUS**

**DBC – Data Base Compressed**

**DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais**

**FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial**

**HMD – Health Ministry Decree**

**HR – Human Resources**

**HRI – Human Resources Index**

**IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**

**LDB – Lei e Diretrizes Básicas da Educação**

**ME – Ministério da Educação**

**MS – Ministério da Saúde**

**OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**PAHO – Pan American Health Organization**

**PIB – Produto Interno Bruto**

**ROREHS – Rede Observatório de Recursos Humanos da Saúde**

**SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS**

**SIH – Sistema de Informação Hospitalar**

**SPSS – Statistical Product and Service Solutions Package**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**TCU – Tribunal de Contas da União**

## LISTA DE FIGURAS

### a) INTRODUÇÃO

FIGURA 1. CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS CAPS POR MODALIDADE DE SERVIÇO.....	31
FIGURA 2. PRODUÇÃO AMBULATORIAL DOS CAPS NO RIO GRANDE DO SUL - 2002 A 2007 .....	32
FIGURA 3. DISTRIBUIÇÃO DOS ÍNDICES DE COBERTURA DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, MARÇO DE 2009. .	35
FIGURA 4. TIPOS DE ALTA NOS MOTIVOS DE SAÍDA DOS PACIENTES ATENDIDOS NOS CAPS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, PERÍODO DE 2004 A 2007.....	37

### b) Artigo 1

FIGURA 1. ÍNDICES DE COBERTURA DOS CAPS DAS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, MARÇO DE 2009. ....	54
--	----

### c) Artigo 2

FIGURE 1. FLOWCHART OF OBTAINING DATABASES AND DATA ANALYSIS. .	72
FIGURE 2. SCHEME OF DATA CONSTRUCTION AND ANALYSIS. ....	73
FIGURE 3. TRENDS IN THE NUMBER OF HUMAN RESOURCES BY TYPE OF PROVIDER, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: 2007 TO 2009. ....	74
FIGURE 4. PROPORTION OF CAPS HUMAN RESOURCE INDEX OVER HR IN HEALTH REGIONS OF RIO GRANDE DO SUL STATE, BRAZIL: MARCH, 2009. ....	76
FIGURE 5. MAP PROPORTION OF CAPS HUMAN RESOURCE INDEX OVER HR IN HEALTH REGIONS OF RIO GRANDE DO SUL STATE, BRAZIL: MARCH, 2009. ....	77

## LISTA DE TABELAS

### a) INTRODUÇÃO

TABELA 1. ÍNDICE DE COBERTURA CAPS/100.000 HABITANTES EM 19 REGIONAIS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, DEZEMBRO DE 2007. ....	34
---	----

### b) Artigo 1

TABELA 1. ÍNDICE DE COBERTURA (IC) CAPS/100.000 HABITANTES COMPARADO DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, MARÇO DE 2009 (EM ORDEM CRESCENTE DE IC) .....	53
--	----

### c) Artigo 2

TABLE 1. TOTAL NUMBER OF HUMAN RESOURCES BY PROVIDER TYPE, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: AUGUST 2007 TO AUGUST 2009. ....	77
TABLE 2. PROPORTION OF HR BY TYPE OF SERVICE, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: AUGUST, 2009. ....	78
TABLE 3. PROPORTION OF PROFESSIONALS IN CAPS (RHCAPS) OVER THE NUMBER OF STAFF REGISTERED TO ATTEND THE SUS (RHSUS) BY OCCUPATION, STATE OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: MARCH, 2009.....	79
TABLE 4. HUMAN RESOURCES INDEX (HRI) OF CAPS BY HEALTH REGION, RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: MARCH, 2009.....	80
TABLE 5. NUMBER OF HEALTH REGION AND CAPS ADAPTED TO GM ORDINANCE 336/2002, BY TYPE OF SERVICE AND PROFESSIONAL CATEGORY. RIO GRANDE DO SUL, BRASIL. MARCH, 2009. ....	81



## DIVULGAÇÃO PARCIAL DOS RESULTADOS

Gonçalves, V.M.; Candiago, R.H.; Saraiva, S.S.; Lobato, M.I.R.; Abreu, P.B. **A Falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul.** Rev Psiquiatr RS. 2010-32(1): 16-18, Porto Alegre, 2009.

Gonçalves, V.M.; Candiago, R.H.; Saraiva, S.S.; Abreu, P.B. **Indicadores de Recursos Humanos dos CAPS no Rio Grande do Sul: Uso de dados do DATASUS para avaliação de gestão**, apresentado como pôster na IX Jornada Gaúcha de Psiquiatria, realizada em Porto Alegre/RS, de 19 a 22 de agosto de 2009.

Gonçalves, V.M.; Candiago, R.H.; Saraiva, S.S.; Ferreira, M.S.; Abreu, P.B. **Uso do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-MS/DATASUS) para avaliação de estrutura e recursos humanos dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul**, apresentado como pôster no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Recife/PE, de 31 de outubro a 4 de novembro de 2009 e publicado em número suplementar da Revista Ciência e Saúde Coletiva (ISSN1413-8123) – Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Gonçalves, V.M.; Vaz, V.D.; Carvalho, A.; Candiago, R.H.; Saraiva, S.S.; Ferreira, M.; Abreu, P.B. **Recursos Humanos e Estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul: Indicadores de Avaliação com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**, apresentação oral no II Encontro Estadual de Educação Permanente em Saúde, realizado em Porto Alegre/RS, de 24 a 26 de março de 2010.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. BASES DE DADOS NACIONAIS DA SAÚDE .....</b>	<b>24</b>
1.1.1. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.....	26
1.1.2. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS.....	28
<b>1.3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) .....</b>	<b>30</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	38
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	38
<b>3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>4. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>5. ARTIGO 1: A FALÁCIA DA ADEQUAÇÃO DA COBERTURA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL .....</b>	<b>43</b>
<b>6. ARTIGO 2 – THE CHALLENGE OF BUILDING STRONG NETWORKS WITH WEAK NODES IN MENTAL HEALTH CARE: THE QUESTION OF HEALTH RESOURCES IN DEVELOPING NATIONS.....</b>	<b>55</b>
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>82</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
ANEXO A: Aceite Artigo 1 para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul.....	86
ANEXO B: Certificação do Artigo 2 na língua Inglesa pelo American Journal Experts Editorial..	87
ANEXO C: Artigo 2 Submetido ao Community Mental Health Journal.....	88

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil favorece a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, e ao mesmo tempo envolve a necessidade de modificação de práticas, conhecimentos e valores convencionais, tendo sido marcado por conflitos presentes no dia a dia das instituições e serviços de saúde. Dentro deste debate surgiram desafios, como da necessidade de oferta de cuidados continuados em saúde mental para portadores de transtornos graves e persistentes, cobertura e garantia de acessibilidade, necessidade de potencialização de resolutividade da rede básica, de qualidade do atendimento, e de formação e gestão de recursos humanos.

Este processo ficou marcado por um extenso debate nos meios profissionais e acadêmico, e se faz presente nas universidades e nos congressos científicos. Aparece na agenda de mudanças a necessidade de desenvolvimento de um sistema de atenção acessível e com garantia de atendimento à população.

Neste contexto, surge a necessidade de agregar ao sistema de atenção o ensino e a pesquisa em saúde mental (MELLO, 2007), com a translação do resultado de pesquisas em novas tecnologias e métodos de monitoramento e avaliação da atenção e da formação de profissionais. Entretanto, para que se possam produzir análises sobre os serviços e modelo atual de atenção é necessária a geração e/ou análise de dados de qualidade. Adicionalmente, é necessária a definição de parâmetros adequados para a avaliação de serviços em saúde, no Brasil, devido à escassez de informações sobre as características dos atendimentos públicos em psiquiatria. Isto é demonstrado pela análise da produção científica nacional, mostrando que 1,8% dos trabalhos apresentam como tema, políticas de saúde e avaliação de serviços (WRAY, 1995).

Em 1994, durante a Cúpula dos Chefes de Estado das Américas, a Organização Mundial da Saúde passou a reconhecer a importância do

conhecimento e da formação dos recursos humanos para a qualificação e o desenvolvimento dos serviços de saúde (RIGOLI, 2003). Desde então, as questões referentes à formação de recursos humanos para atuar na área da saúde, são foco de preocupação crescente.

Após a criação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em 1999, nasce de uma parceria do Ministério da Saúde com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS): a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS) de dimensão internacional, que conta com a participação de 21 países, estando entre eles, além do Brasil, Canadá, Argentina, Cuba, Chile, México, Venezuela. (BELLINI & AGNES, 2006). A Rede produz pesquisas e estudos sobre recursos humanos, disponibiliza informações para subsidiar ações, avaliando as políticas públicas de recursos humanos da saúde no país. (BRASIL, 2003).

No Brasil, com a incorporação de uma nova maneira de fazer e entender a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), há a necessidade de incorporar novos saberes e práticas aos profissionais que trabalham no sistema. As Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas lançam a cada ano uma remessa crescente de novos profissionais no mercado de trabalho, sendo que muitos destes profissionais atuarão direta ou indiretamente no SUS, desenvolvendo ações direcionadas à saúde pública.

Como um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade busca assegurar ao usuário uma atenção que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Assim sendo, preconiza um conjunto de ações e serviços direcionados para a saúde - e não somente para a doença, formando um todo indivisível.

Assumindo a definição de necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade, Cecílio (2001) propõe pensarmos a mesma em duas dimensões. A primeira – integralidade focalizada - que se dá nos serviços de saúde, a partir dos compromissos das equipes multiprofissionais de escutar os usuários, identificando suas necessidades. A segunda - integralidade ampliada – resulta da rede articulada dos diferentes serviços e instituições. Desta forma, a

integralidade se realiza não somente no âmbito individual, exigindo para além de uma escuta atenta por parte dos profissionais, mas também uma reconfiguração da estrutura piramidal dos serviços de saúde.

Pensando a integralidade na área de Saúde Mental, verifica-se a necessidade de fortalecer tanto a dimensão focalizada quanto ampliada exigidas nas práticas de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) refletidas na composição das equipes multiprofissionais e na necessidade de articulação com a rede de suporte ao paciente com transtornos mentais.

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece que cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, a qual, historicamente, sempre esteve sob controle do Ministério da Educação (ME). Segundo Lampert (2002), somente nos últimos anos têm surgido espaços de diálogo intersetorial entre o MS e o ME. Neste contexto, surgem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que apontam para a necessidade de incorporação de novos saberes na formação dos profissionais da área da saúde. As DCN trazem avanços na concepção de formação quando estabelecem habilidades e competências que vislumbram atender às necessidades sociais e de saúde da população brasileira. A diretriz orienta para a formação de um profissional generalista, reflexivo e crítico, capaz de entender a saúde como um direito e garantir o princípio da integralidade da assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2001).

Os recursos humanos são o ativo mais valioso nos serviços de atenção à saúde mental (WHO, 2005). É necessário conhecer na prática se há suficiente pessoal treinado e disponível, de que forma estes recursos estão distribuídos dentro do país ou regionalmente, se as competências dos profissionais estão desenvolvidas adequadamente, se correspondem às necessidades da população, se estão sendo alocados de forma adequada, se estão improdutivos ou desmotivados.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), muitas ações podem ser desenvolvidas para direcionar à solução de algumas destas dificuldades:

- Uma política de RH em saúde mental apropriada, para manter um quadro condizente ao desenvolvimento da força de trabalho;
- Políticas diretamente ligadas ao planejamento de RH;
- Método sistemático para o cálculo do número necessário de pessoal em saúde mental, determinando o conjunto de competências requeridas para a organização de um serviço de atenção específico;
- Estratégias apropriadas para formação de liderança, motivação, recrutamento, e adequada alocação e manutenção dos recursos humanos existentes;
- Revisão de conteúdo de Treinamento de pessoal de saúde mental estruturado em práticas baseadas em evidências e necessidades da população;
- Desenvolvimento de programa permanente de qualificação de pessoal, treinamento e supervisão para a prestação de cuidados de maior qualidade e que atenda às necessidades dos usuários.

A questão que se coloca é em que medida a formação dos recursos humanos estará adequada às demandas existentes se a composição das equipes não atender ao modelo de atenção definida pela Política de Saúde Mental em vigência no país?

A política de desenvolvimento de RH deve ser planejada com base em uma estrutura de profissionais que garanta o atendimento da população conforme suas necessidades, específicas para diferentes regiões do estado, em termos de população, características epidemiológicas e sócio-econômicas.

Com a reorganização dos serviços em saúde mental no Brasil, métodos, mesmo que indiretos, de avaliação da qualidade destes cuidados são imprescindíveis para o planejamento em saúde. No relatório elaborado pela OMS - AIMS (*Assessment Instrument for Mental Health*) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo e a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, é colocado entre as prioridades de pesquisa, que “as políticas (públicas de saúde

mental) devem ser constantemente avaliadas e aperfeiçoadas, com papel ativo da pós-graduação e das agências financiadoras” (PRINCE, 2007).

Nos países com baixo poder aquisitivo, entre os quais o Brasil, que investe apenas 2,5% do orçamento da saúde para a saúde mental (ANDREOLI, 2007), a ineficiência das intervenções tanto quanto aos desfechos clínicos quanto em relação ao custo/benefício econômico das mesmas é citada como uma das causas das dificuldades do sistema (PRINCE, 2007). No Brasil, não existem indicadores estabelecidos de avaliação da rede de saúde mental em implantação que pudessem ser utilizados para este estudo.

A recente mudança nas políticas públicas de saúde no Brasil tem sido pouco avaliada, principalmente de maneira independente. Não existem indicadores nem projetos de avaliação sistemática da qualidade dos serviços públicos com foco na composição das equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. Neste contexto, a realização de estudos baseados em metodologia científica e de maneira independente aos gestores para avaliação dos serviços, deve ser estimulada.

Motivada pelo interesse em buscar compreender os desafios da implementação de uma política de formação de recursos humanos para o SUS, de acordo com as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde, mais especificamente voltada às equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul foi realizado este estudo. Seu propósito foi o de servir primeiramente como demonstração de que existem meios para avaliar os serviços de atenção à saúde mental de base comunitária e permitir intervenções baseadas nos resultados obtidos, julgamento de sua eficácia e dos fatores que explicam os resultados, com o objetivo de intervir posteriormente. Outro propósito foi, de alguma forma, servir de ponto de reflexão sobre a importância do trabalho e da valorização do trabalhador do SUS, além dos demais aspectos fundamentais para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde que são a descentralização, o financiamento e o controle social. Os recursos humanos são o ativo mais valioso do serviço de atenção à Saúde Mental que conta com a

competência e motivação do seu pessoal para a prevenção de doenças e a promoção do cuidado de pessoas com transtornos mentais.

## **1.2. BASES DE DADOS NACIONAIS DA SAÚDE**

No Brasil existem grandes bases de dados nacionais com modelagens diferentes, originadas por uma grande complexidade de instrumentos de registro, de fontes de produção e formas de disseminação. Devido a esta característica, existe uma dificuldade evidente para efetuar a transposição de dados de pesquisa de acordo com as categorias necessárias para análise da situação de saúde mental da população, principalmente para orientar a gestão local quanto às diferenças geográficas e temporais e para identificar desigualdades e tendências que necessitam avaliações e estudos específicos. Somente com indicadores de qualidade e cobertura consolidados e comuns a todos os municípios uma gestão poderá trabalhar no desenvolvimento de ações em saúde direcionadas à melhoria de algum indicador específico com possibilidades de avaliação dos resultados. A falta destes indicadores impede a pactuação de metas em saúde mental pelos gestores em diferentes níveis.

Os dados coletados pelos sistemas nacionais têm sido utilizados cada vez mais para análises da situação de saúde e de impacto de intervenções (BITTENCOURT, 2006); porém, antes da redemocratização do país seu acesso era limitado aos gestores dos sistemas e aos gabinetes de assessoria técnica das autoridades. A limitação não era somente de restrição tecnológica da época, mas principalmente de subordinação dos interesses da “segurança nacional” e ao viés corporativo das instituições (LIMA et al, 2009).

As demandas de informações em saúde atualizadas e detalhadas foram geradas na década de 70 com a proposta de uma Reforma Sanitária pelo movimento social que se consolidou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Tecnicamente foi possível com o progresso e a difusão da teleinformática, permitindo o acesso remoto aos bancos de dados restritos aos grandes



computadores e posteriormente, com a microinformática, foi possível a utilização de bases de dados descentralizadas.

O primeiro sistema informatizado de âmbito nacional para captura de dados e disseminação de informações sobre a saúde ocorreu em 1977, quando os registros de óbito do Brasil foram compatibilizados com outros países. O SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade disponibiliza dados desde 1979, sendo possível visualizá-los por local de ocorrência ou de residência, faixa etária, sexo e capítulo da CID – Classificação Internacional de Doenças.

Em 1990, iniciou-se de modo gradual a implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, com a criação da declaração de nascido vivo (DN). A cobertura e qualidade dos dados permitem gerar indicadores confiáveis para as ações de planejamento e avaliação no campo da saúde da mulher e da criança, disponibilizando dados desde 1994.

No início dos anos 90 foi concebido e desenvolvido o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, essencial para as atividades de vigilância epidemiológica, por onde fluem as informações de notificação compulsória e os agravos de interesse das secretarias municipais e estaduais e do Ministério da Saúde, para adoção de medidas de intervenção pertinentes, de acordo com a análise do perfil da morbidade.

O Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS foi idealizado no final da década de 70 para substituir o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares que ressarcia as despesas dos hospitais contratados e pagos com recursos estatais. Possuía um caráter administrativo de pagamento de serviços hospitalares realizados, mas também deveria contemplar aspectos de avaliação dos serviços prestados pela rede hospitalar porque continham dados sobre os pacientes e os provedores, podendo ser úteis para o uso em outros fins que não apenas administrativo. O SIH-SUS disponibiliza dados desde 1981.

A discussão em torno das restrições no uso de grandes bancos de dados como fonte de informação para estudos epidemiológicos baseia-se em dois

aspectos: os objetivos para os quais os registros são gerados e a abrangência do sistema de informações (TRAVASSOS, 1994). Mesmo assim, a grande riqueza de informações que disponibilizam permite desenvolver estudos para avaliação de serviços e têm sido utilizados cada vez mais para monitorar aspectos da qualidade da atenção.

Apesar dos avanços permitidos pela tecnologia, ainda é necessário se utilizar metodologia de linkage (pareamento) entre bancos de dados para produzirem as análises requeridas pelos diferentes públicos (gestores, acadêmicos, sociedade em geral, conselheiros de saúde), pois não possuem integração.

Além deste desafio, é importante ressaltar que um dos mais importantes aspectos que contribuem para o êxito dos sistemas de informação no país são os atores que, "... mediante seu compromisso e seu envolvimento, emprestam aos sistemas suas inteligências e suas biografias." (RAMOS, 2009).

#### **1.1.1. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro, permaneceu em consulta pública até dezembro e foi normatizado em 29/12/2000 pela Portaria PT/SAS 511/2000 para uso em todo o território Nacional.

O Sistema de Informação se constitui em um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial no país, assim como a garantia da correspondência entre a capacidade operacional das entidades vinculadas ao SUS e o pagamento pelos serviços prestados.

O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. Abrange a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, os estabelecimentos de saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS. Estabelecimentos de saúde é a denominação dada a qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, de qualquer porte ou nível de complexidade, podendo ser um hospital de grande porte ou um consultório médico isolado ou, ainda, uma unidade de vigilância sanitária ou epidemiológica.

A partir de agosto de 2007 as categorias profissionais passaram a ser classificadas pela Classificação Brasileira de Ocupações de 2002 – CBO 2002 e estão agrupadas em: Pessoal de Saúde – nível superior, Pessoal de Saúde – nível técnico e auxiliar Pessoal de Saúde – nível elementar e Pessoal Administrativo, conforme agrupamento utilizado na Pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os arquivos resultantes do processamento mensal do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) são disponibilizados em formato para uso com o software TabWin – tabulador de dados par ambiente Windows, desenvolvido pelo DATASUS. São gerados com base nos dados enviados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e podem ser acessados pelo endereço [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Arquivos\\_TabWin1.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Arquivos_TabWin1.asp). Estão organizados por unidade da federação e por tipos de arquivos: estabelecimentos de saúde, dados complementares dos estabelecimentos de saúde, serviços especializados, equipamentos, leitos, profissionais, equipes, habilitações, gestão de metas, regras

contratuais, estabelecimentos de ensino e estabelecimentos filantrópicos. Documentação com detalhamento do conteúdo dos arquivos está disponível em [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Arquivos\\_TabWin\\_Arg\\_Comuns.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Arquivos_TabWin_Arg_Comuns.asp). Podem ser obtidas informações sobre cada prestador de serviços de saúde do Brasil cadastrado na base de dados nacional do Ministério da Saúde, além de dados sobre seus serviços, equipamentos, leitos e profissionais.

### **1.1.2. O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS**

O Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde– SIA/SUS foi implantado em 1990 com o objetivo de coletar e registrar dados de atendimentos realizados na rede ambulatorial da rede pública de saúde. O Ministério da Saúde regulamenta a organização e uso do Sistema de Informação com base em portarias e normas da Secretaria de Atenção à Saúde, publicados no Diário Oficial da União.

Os dados de atendimento são coletados com base no documento Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e posteriormente consolidados nos Boletins de Produção Ambulatorial, por estabelecimento de saúde, e registrados no SIA. Não são registros individuais de pacientes, mas quantitativos dos procedimentos realizados, com exceção da APAC – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, e geram indicadores operacionais da atenção ambulatorial.

Nos CAPS, os procedimentos realizados pelos profissionais de saúde são individualizados por paciente e registrados em um documento de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC durante determinado período de tempo de duração do seu acompanhamento. A regulamentação de uso das APAC's para saúde mental foi definida em setembro de 2002.

De acordo com a modalidade de services cadastrados no CNES, os CAPS desempenham atividades específicas, de acordo com seu porte e características de funcionamento. A regulamentação de procedimentos ambulatoriais para saúde mental nos CAPS é definida pela Portaria SAS 189 de 22 de março de 2002 e os tipos de CAPS e suas atividades são definidos pela Portaria Ministerial 336 de 19 de fevereiro de 2002.

Para viabilizar o cadastramento do estabelecimento no Sistema de Informação, deve estar incluído no CNES e ser incluída a Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO), documento que registra a programação física e orçamentária por procedimento a ser realizado pelo estabelecimento de saúde.

Os atendimentos realizados mensalmente e consolidados pelos municípios, alimentam o Sistema de Informação SIA que é processado nacionalmente conforme prazos definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde e são disponibilizados os arquivos com o resultado do processamento para uso nas atividades de planejamento, controle e avaliação da atenção. Os arquivos de produção ambulatorial do período de janeiro de 2005 a dezembro de 2003 podem ser obtidos por meio de acesso via Web no endereço <http://www.datasus.gov.br>, Menu Serviços, Opção Transferência de Arquivos, Link Arquivos de Dados, MS-BBS (Bulletin Board System); a partir de 2004 podem ser obtidos no endereço <http://siasih.datasus.gov.br/arqTabulacao.cfm>.

Os arquivos de produção são nomeados PAUFAAMM.DBC, onde UF é a unidade da federação, AA é o ano e MM o mês do arquivo. Estão disponíveis em formato compactado (DBC) por meio de compactador desenvolvido pelo DATASUS, incluído no pacote do instalador do TabWin, e disponíveis para download na página do DATASUS. Podem também ser descompactados tanto por funcionalidade do

programa TabWin quanto pelo descompactador correspondente disponível na mesma página.

### **1.3. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

A atenção em Saúde Mental no Brasil passou por importantes transformações conceituais e operacionais, no contexto da Reforma Psiquiátrica, a partir da Lei Federal nº 10.216/01 e das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos anos 90, apresentando formas de atenção à pessoa com sofrimento psíquico diferentes do modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo descentralizado e de base comunitária. A Política de Saúde Mental define que a rede de atenção ambulatorial deve funcionar de forma articulada, tendo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

A rede pública de saúde mental é composta por dispositivos assistenciais para atendimento na área de atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, de acordo com critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa.

Os CAPS oferecem tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes e para dependentes de álcool e outras drogas. Possuem modelo de cuidado de base territorial e atuação transversal com equipes multiprofissionais. Com o objetivo de oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizam o acompanhamento clínico e a reinserção social dos

usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os CAPS foram criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, mantendo os pacientes acolhidos em sua comunidade.<sup>3</sup>

Os serviços de atenção psicossocial na comunidade existem em apenas 68,1% dos países, com cobertura de 83,3% da população mundial (WHO, 2005). A cobertura populacional não é uniforme e é frequentemente restrita a poucas áreas dentro do país. No Brasil, em março de 2009, apenas 1.028 municípios possuíam Centros de Atenção Psicossocial, representando 18% do total de municípios do país, e no Rio Grande do Sul, no mesmo período, apenas 86 municípios possuíam CAPS, totalizando 17% do total de municípios do Estado.

De acordo com a modalidade de serviços cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, os CAPS desempenham atividades específicas, de acordo com seu porte e características de funcionamento. A regulamentação de procedimentos ambulatoriais para saúde mental nos CAPS é definida pela Portaria Ministerial 189 de 22 de março de 2002 e os tipos de CAPS e suas atividades são definidos pela Portaria SAS 336 de 19 de fevereiro de 2002 conforme Figura 1.

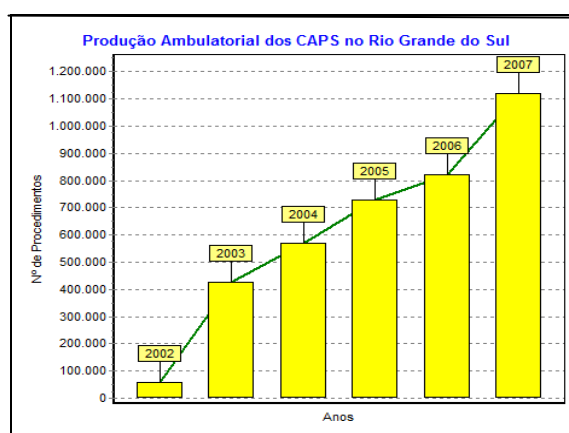
	População município	Horário funcionamento	Número de turnos	Horas por turno	Dias por semana	Eq técnica mínima	max. Pac. por turno	max. Pac. por dia	Leitos
CAPS I	20 a 70 mil	8 às 18	2	6	5	1MSM, 1ENF,3NS,4NM	20	30	
CAPS II	70 a 200 mil	8 às 18 (max 21)	2	6	5	1MP,1ENFSM,4NS,6NM	30	45	
CAPS III	> 200 mil	24 horas	4	6	7 + feriados	2MP,1ENFSM,5NS,8NM	40	60	5
CAPS i	200 mil	8 às 18 (max 21)	2	6	5	1MP/NEU/PEDSM,1ENFSM,4NS,5NM	15	25	
CAPS AD	> 70 mil	8 às 18 (max 21)	2	6	5	1MP,1ENFSM,1Mclin,4NS,6NM	25	45	2 a 4

Figura 1. Caracterização do funcionamento dos CAPS por modalidade de serviço

Para ser implantado um CAPS é necessário o encaminhamento de documentação específica para sua aprovação: solicitação do Gestor Municipal de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestora Bipartite – CIB, com o Projeto Técnico e Planta Baixa do Estabelecimento aprovada pela Vigilância Sanitária e Relatório de Vistoria, composição da Equipe Técnica e remessa do processo para Área Técnica de Saúde Mental. Para viabilizar o cadastramento do Estabelecimento no Sistema de Informação, deve estar incluído no CNES e ser incluída a Ficha de Programação Físico-Orçamentária – FPO – documento que registra a programação física e orçamentária por procedimento a ser realizado pelo estabelecimento de saúde.

A expansão da rede de CAPS no Rio Grande do Sul permitiu a ampliação do atendimento refletida no aumento do número de procedimentos ambulatoriais realizados, representado na Figura 2.

Figura 2. Produção ambulatorial dos CAPS no Rio Grande do Sul - 2002 a 2007



Fonte: SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde



A avaliação de cobertura é realizada pelo indicador CAPS/100 mil habitantes, embora o CAPS I provê cobertura efetiva a 50 mil habitantes, o CAPS II, CAPS i e CAPS AD a 100 mil habitantes e o CAPS III a 150 mil habitantes. É considerado que um Estado ou Município tem insuficiente/crítica cobertura quando o resultado é abaixo de 0,20, baixa cobertura de 0,20 a 0,34, razoável de 0,35 a 0,49, boa cobertura de 0,50 a 0,69 e muito boa a partir de 0,70. Dados de cobertura no Rio Grande do Sul são apresentados na Tabela 1 e sua distribuição geográfica na Figura 3, demonstrando uma inadequação relativa à organização da rede com representação de áreas com carência da disponibilização dos serviços, para análise por Região de Saúde do Estado. Ao mesmo tempo, existe a carência de avaliações externas, de instituições de ensino, apesar da disponibilidade de informações na Internet.

Tabela 1. Índice de cobertura CAPS/100.000 habitantes em 19 Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul, dezembro de 2007.

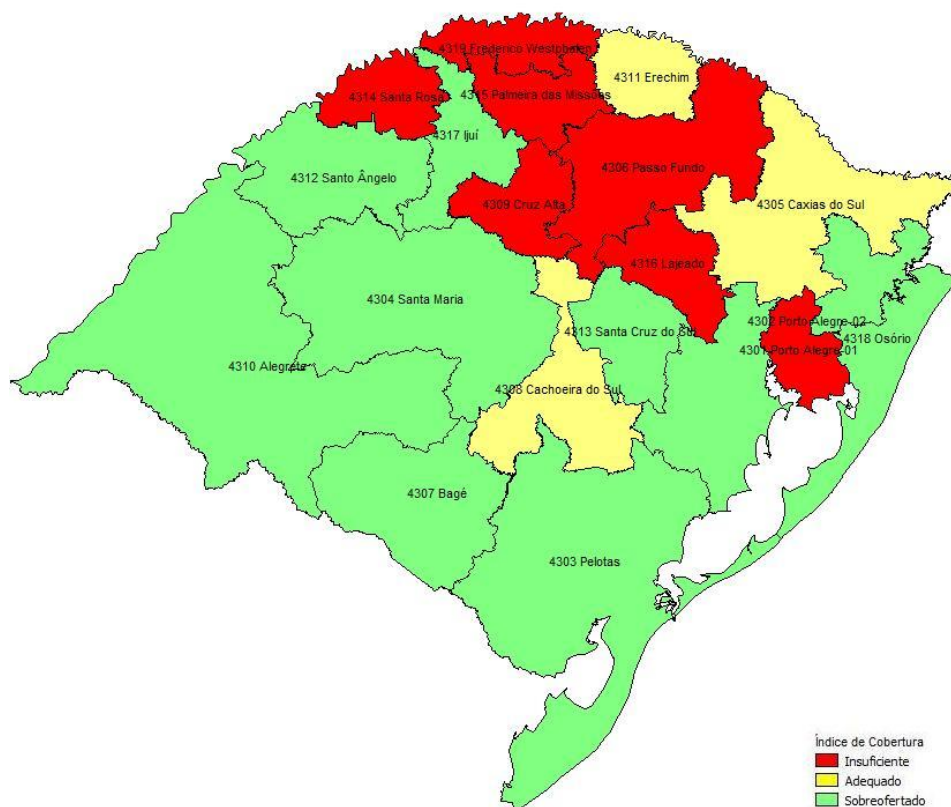
Regional de Saúde	População		N observado	CAPS N/100k	N esperado	Índice Cobertura
	N	%				
4315 Palmeira das Missões	156.343	1,41	0	0,00	2	0,0
4306 Passo Fundo	594.273	5,36	2	0,50	6	0,3
4314 Santa Rosa	233.531	2,11	1	0,00	2	0,4
4319 Frederico Westphalen	199.235	1,80	1	0,50	2	0,5
4301 Porto Alegre-01	3.710.916	33,49	20	0,57	37	0,5
4309 Cruz Alta	140.234	1,27	1	0,71	1	0,7
4316 Lajeado	363.465	3,28	3	0,83	4	0,8
4305 Caxias do Sul	1.067.889	9,64	9	0,94	11	0,8
4311 Erechim	223.349	2,02	2	0,90	2	0,9
4308 Cachoeira do Sul	206.972	1,87	2	0,97	2	1,0
4302 Porto Alegre-02	788.303	7,11	8	1,01	8	1,0
4317 Ijuí	222.962	2,01	3	1,79	2	1,3
4318 Osório	339.229	3,06	5	1,47	3	1,5
4310 Alegrete	588.714	5,31	9	1,53	6	1,5
4307 Bagé	191.563	1,73	3	1,57	2	1,6
4304 Santa Maria	591.145	5,34	10	1,69	6	1,7
4303 Pelotas	889.728	8,03	16	1,80	9	1,8
4313 Santa Cruz do Sul	334.846	3,02	8	2,39	3	2,4
4312 Santo Ângelo	237.620	2,14	6	2,53	2	2,5
Total	11.080.317	100,00	109	0,98	111	1,0

Fonte: MS/DATASUS/CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Quadro vermelho: regiões com escassez de cobertura

Quadro azul: regiões com excesso de cobertura

Figura 3. Distribuição dos índices de cobertura das Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, março de 2009.



Além do indicador de cobertura, classificado como indicador de estrutura por Donabedian (1984), utiliza-se indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de estrutura identificam em que condições está sendo oferecido o cuidado aos usuários. Os de processo indicam o que realmente está sendo oferecido aos usuários em termos de cuidado, enquanto os de resultado refletem o quanto o usuário do serviço teve seu problema resolvido, de acordo com a complexidade do serviço.

Os indicadores de processo são descritos por meio da produção de serviços dos CAPS por diagnóstico e procedimentos realizados no período de 2004 a 2007, e os indicadores de resultado obtidos pela análise dos motivos de saída dos pacientes, no mesmo período, por meio dos dados secundários produzidos pelo SIA.

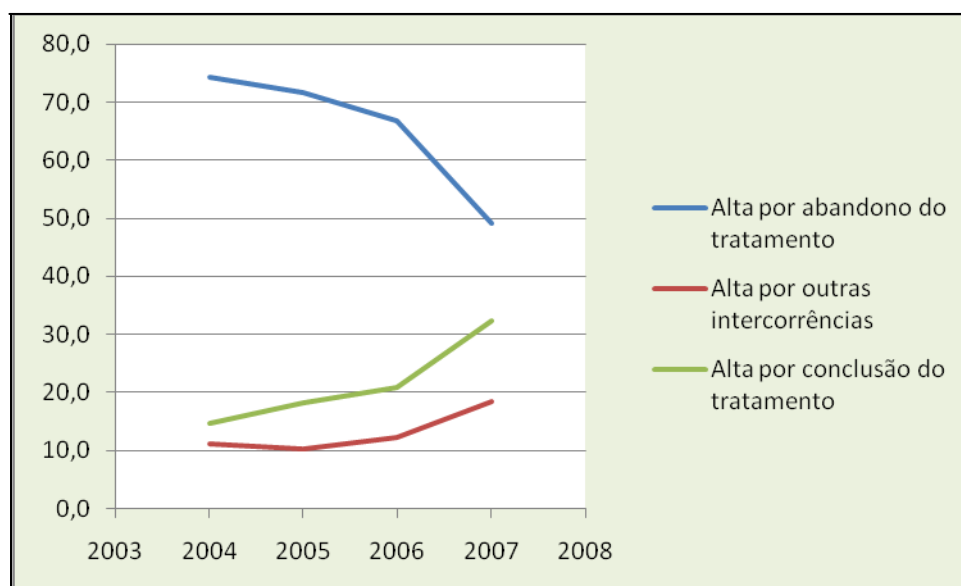
Foram identificadas as maiores freqüências relativas de atendimentos para usuários com diagnósticos transtornos de humor (41,3%), esquizofrenias e outras psicoses (21,4%), transtornos por uso de substâncias (12,6%), transtornos neuróticos (10,3%) e retardo mental (6,2%).

Os dados do estudo apresentam tendência decrescente do número de procedimentos para o diagnóstico de esquizofrenias e outras psicoses e para transtornos neuróticos, mas tendência crescente para os diagnósticos de transtornos de humor e por uso de substâncias.

Dentre os registros de atendimento, em média, 97% dos pacientes permanecem no mesmo CAPS para tratamento. Resultados de análise dentre os motivos de saída dos pacientes nos CAPS do RS, entre as altas por abandono do tratamento, alta por outras intercorrências e por conclusão do tratamento, demonstraram uma mudança no perfil geral, com uso de indicador global, para

tendência decrescente do abandono do tratamento e uma tendência crescente de alta por conclusão do tratamento (Figura 4).

Figura 4. Tipos de alta nos motivos de saída dos pacientes atendidos nos CAPS do Estado do Rio Grande do Sul, período de 2004 a 2007.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Analisar a distribuição de recursos humanos e composição das equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas dezenove Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de indicadores de estrutura, buscando identificar diferenças na distribuição destes recursos

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Identificar a implementação das políticas públicas em Saúde Mental nos serviços de base comunitária de atenção aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes;
- b) Identificar a existência de áreas críticas na distribuição dos profissionais dos CAPS, com enfoque na possibilidade de subsidiar a reorganização da atenção;
- c) Apresentar informação atualizada para os tomadores de decisão dos níveis regional e estadual para avançar nas políticas públicas, fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

### **3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A presente dissertação foi elaborada como parte do Projeto intitulado Impacto da Formação de Equipes na Produção de Serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – Comissão Científica e Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 13 de janeiro de 2009, sob número 08-663.

#### 4. REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

1. ANDREOLI, S.B. et al. **Is psychiatric reform a strategy for reducing the mental health budget: The case of Brazil.** Rev Bras Psiquiatr, v. 29, n.1, p.43-6, 2007
2. BELLINI , Maria Isabel Barros; AGNES, Décio Ignácio (org). **Perfil do Profissional e a Formação em Saúde no Rio Grande do Sul.** Rede Observatório. – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; Escola de Saúde Pública, 2006; 189 p.
3. BITTENCOURT, S.A. et al. **Hospital information systems and their application in public health.** Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.19-30, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Brasília, 2001.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 1
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.
7. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.:**



Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 113-126

8. DONABEDIAN A. **La Calidad de La Atención Médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, S.A, 1984.
9. LIMA, C et al. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **A Experiência de Disseminação de Informações em Saúde, em A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 1v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. MELLO, M.; MELLO, A.; Kohn, R. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas em Epidemiologia da Saúde Mental do Brasil**. Artmed, 2007
11. MUNK-JORGENSEN, P. **Decreasing rates of incident schizophrenia cases in psychiatric service: a review of the literature**. Eur Psychiatry, n.10, p.129-141, 1995.
12. OMS: **Relatório Sobre a saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Genebra, 2001.

13. PRINCE M et al: **No health without mental health**. Lancet 370: 859-77, 2007.
14. Schene, A.H.; Faber, A.M.E. Mental health care reform in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand, n.104, p. 74-81, 2001. [Suppl 410]
15. RAMOS, C.L.; VIACAVA, F. **A experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
16. RIGOLI, Félix. **Os observatórios de recursos humanos na América Latina**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.v.1
17. TRAVASSOS, C.M.; MARTINS, M.S. **A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH)**. Cadernos de Saúde Pública, [SI], v.10, n3, p.339-35, 1994.
18. WRAY, N. et al. **Using administrative databases to evaluate the quality of medical care: a conceptual framework**. Social Science Medicine, v.40, n.12, p. 1707-15, 1995.
19. WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Evidence of Research. **Mental Health Atlas**. Geneva, 2005.

## **5. ARTIGO 1: A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul**

**A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul**

**The fallacy of adequate coverage of the Centers for Psychosocial Care in the state of Rio Grande do Sul**

**Título resumido: A falácia da adequação da cobertura dos CAPS no sul do Brasil**

**Resumed Title: The fallacy of adequate CPC coverage in southern Brazil**

Autores: GONÇALVES, Veralice M.; CANDIAGO, Rafael Henriques; SARAIVA, S.S.; LOBATO, M.I.R.; Belmonte-de-Abreu, P.  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência

Veralice Maria Gonçalves

Rua General Caldwell, 658 apto. 203 – Bairro Menino Deus

90130-050. Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: [veralice@terra.com.br](mailto:veralice@terra.com.br)

Número de palavras: 713

Tipo de artigo: Comunicação Breve

## Resumo

**Introdução:** A análise dos resultados da expansão da rede de atenção à saúde mental para a população brasileira tem utilizado como medida de desfecho o indicador de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial, que considera adequada a existência de um CAPS para cada 100 mil habitantes. O Rio Grande do Sul encontra-se classificado em terceiro lugar no ranking nacional, com índice de 0,7 CAPS/100.000 habitantes. Este estudo objetivou testar a variabilidade de cobertura de cada região, para verificar se este índice global representava as realidades regionais.

**Método:** Foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e dados populacionais do ano de 2009, disponibilizados pelo site do DATASUS – Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde. Foram calculados os indicadores de cobertura para as 19 Regionais de Saúde e gerado índice de cobertura resultante da razão entre o indicador observado e o esperado de acordo com a população de cada região geográfica analisada.

**Resultados:** Analisada a variabilidade de cobertura de cada região, foi evidenciada a ocorrência de sete regiões com cobertura insuficiente, representando 49% da população do Estado com cobertura inadequada.

**Conclusões:** O estudo demonstrou que o uso deste índice global é falacioso, pois não representa as realidades regionais, com cerca de metade das regiões com excesso de cobertura que mascaram as regiões deficientes. Isto sugere que as

análises de cobertura devem ser realizadas por áreas geográficas para identificar carências regionais e fornecer subsídios para a extensão da rede de forma igualitária para usuários de diferentes regiões do Estado.

**Descritores:** Serviços de Saúde Mental, Cobertura de Serviços Públicos de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde.

## **Abstract**

**Background:** The analysis of mental health outcomes in Brazilian population have relied in mostly in coverage by Psychosocial Care Centers - Centros de Atenção Psicossocial, with adequate coverage at the rate of 1 CAPS/100,000 inhabitants. Rio Grande do Sul state is classified as the third state in national ranking with 0.7 CAPS/100,000 inhabitants. The objective of the study was to test the variability of coverage according to different regions to verify the representativeness of the global index.

**Method:** The study extracted data from the National Database of Health Facilities (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) from the year of 2009 and from populational data from the Informatics Department of the Ministry of Health). The study calculated nineteen coverage indicators according to Health regions and index of coverage was generated from the ratio between the observed and expected indicator according to the population of each region analyzed.

**Results:** Examined the variability of coverage of each region, was evidenced the occurrence of seven regions with inadequate coverage, representing 49% of the state population with inadequate coverage.

**Conclusions:** The study demonstrated that the use of a global index for mental health coverage can be considered a fallacy, since it fails to describe the regional realities with about half of the regions with excess coverage to mask the poor regions. The results suggest that the analysis of coverage must be carried out by

geographical areas to identify regional needs and provide support for the extension of equal mental health care for users of different geographical areas.

**Keywords:** Mental Health Services, State Health Care Coverage, Health Services Evaluation.

## Introdução

O modelo de extensão da atenção à Saúde Mental implementado no Sistema Único de Saúde a partir de 2002, determina a reforma do atendimento psiquiátrico brasileiro com base em documentos normativos expedidos pelo Gabinete do Ministro e legalizados por portarias e pela Secretaria de Atenção à Saúde, elaborados em sua maioria pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Estas portarias atribuem sustentação política, jurídica e teórico-conceitual<sup>1</sup> e fornecem instrumentos objetivos para a avaliação da qualidade da cobertura e de serviços para os gestores do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e também para o Tribunal de Contas da União (TCU). Com isso, almeja-se a promoção de maior racionalidade e eficiência da administração pública e maior visibilidade aos benefícios gerados à sociedade<sup>2</sup>.

Dados oficiais revelam uma tendência à diminuição de oferta de leitos hospitalares em hospitais psiquiátricos<sup>3</sup> e à expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial ao longo da década, utilizando indicadores de cobertura e sua evolução temporal<sup>4</sup>. O Estado do Rio Grande do Sul totaliza 110 estabelecimentos habilitados, para uma população de 10.914.042<sup>5</sup> no ano de 2009 sendo considerado com bom índice global de cobertura, classificado em terceiro lugar no ranking nacional, com índice ponderado de 0,7 CAPS/100.000 habitantes no ano de 2006<sup>4</sup>.

Dados comparativos entre as Unidades da Federação demonstram um processo de mudança do modelo assistencial; porém, com importantes diferenças regionais e aponta para a carência de estruturas locais para atenção à saúde mental nos diferentes Estados.

No Estado do Rio Grande do Sul existem 19 Regionais de Saúde, estruturas organizativas técnico-administrativas da área da saúde, que possuem uma região



geográfica específica de atuação, que também apresentam diferenças relativas ao número de municípios, população e realidades sócio-econômicas.

O objetivo deste trabalho foi testar a variabilidade de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial de cada região, para verificar se o índice global do Estado representava as diferentes realidades regionais.

## **Métodos**

Foram calculados os indicadores para cada uma das 19 Regionais de Saúde e gerado índice de cobertura resultante da razão entre o indicador observado e o esperado de acordo com a população da região geográfica analisada, com o objetivo de testar a hipótese de que existe uma boa cobertura de CAPS nas diferentes regiões do Estado do Rio Grande do Sul. Para isto, foram utilizados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e dados populacionais de março do ano de 2009, disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do site do DATASUS – Departamento de Informática do SUS. O número de CAPS esperado para cada região é calculado pela fórmula  $(n^{\circ} \text{ CAPS})/100.000$  habitantes e o índice de cobertura (ic) foi calculado pela razão do número de CAPS observado pelo número de CAPS esperado, para a população residente na região de interesse.

## Resultados

Observou-se que 43,55% da população do Estado do RGS residem em municípios com índice de cobertura 30 por cento abaixo do esperado (Tabela 1).

Ao mesmo tempo, nove regiões mostram cobertura com pelo menos trinta por cento acima do desejado (37,28% da população) e uma delas com cobertura acima de cem por cento do esperado. Os dados oficiais mostram uma realidade reveladora de desigualdades na cobertura quando analisado o acesso ao tratamento de acordo com a região do Estado. Dentre as 19 regionais de saúde existentes no Rio Grande do Sul, apenas 12 apresentam indicador de cobertura adequado, evidenciando somente 51% da população com cobertura de CAPS conforme o padrão esperado.

Desta forma, pode ser constatada uma escassez de cobertura de CAPS a despeito de adequação numérica global no Estado (110 unidades operantes para 109 unidades esperadas). Esta escassez é devida à extrema desigualdade na oferta para diferente população, que ocorre não só nos grandes centros que oferecem até duas vezes o índice esperado, como também se encontra regiões com cerca de 50% de cobertura deficiente, incluindo a região metropolitana e outros grandes centros (Figura 1).

## **Conclusões**

Os dados demonstram a falácia do uso de indicadores globais que classificam o estado do Rio Grande do Sul com indicador de boa cobertura. Adicionalmente, o estudo de determinação de atendimento de demandas de acordo com a região revela a necessidade de análises mais adequadas, para a mudança do modelo de atenção e para permitir a extensão da rede de base comunitária de forma igualitária ao território de residência do paciente.

## Referências

- <sup>1</sup> BORGES, C.F., Baptista, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro. 24(2) 456-468, fev. 2008.
- <sup>2</sup> TCU. Avaliação das ações de saúde mental. Programa atenção à saúde de populações estratégicas e em situações especiais de agravos. Brasília, Brasil, 2005.
- <sup>3</sup> CANDIAGO RH & ABREU PB: Use of Datasus to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil. *Rev. Saude Publica*. 2007 Oct;41(5):821-9.
- <sup>4</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.
- <sup>5</sup> MS/DATASUS. População residente, disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Sistemas de Informações de Saúde, demográficas e socioeconômicas, censo, 2009, acessado em 17 mar 2008.

Tabela 1. Índice de cobertura (ic) CAPS/100.000 habitantes comparado das Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, março de 2009 (em ordem crescente de ic)

Tabela 1. Índice de cobertura (ic) CAPS/100.000 habitantes comparado das Regionais de Saúde Estado do Rio Grande do Sul, março de 2009 (em ordem crescente de ic)

Adequação	Regional de Saúde	População		Nº de CAPS		Índice Cobertura
		N	%	existente	esperado	
Insuficiente	4315 Palmeira das Missões	165.193	1,51	0	1,7	0,00
	4319 Frederico Westphalen	209.863	1,92	1	2,1	0,48
	4301 Porto Alegre-01	3.639.992	33,35	18	36,4	0,49
	4306 Passo Fundo	604.907	5,54	3	6,0	0,50
	4309 Cruz Alta	133.635	1,22	1	1,3	0,75
	4316 Lajeado	371.078	3,40	3	3,7	0,81
	4314 Santa Rosa	228.685	2,10	2	2,3	0,87
Adequado	4311 Erechim	221.139	2,03	2	2,2	0,90
	4305 Caxias do Sul	1.065.756	9,76	10	10,7	0,94
	4308 Cachoeira do Sul	204.898	1,88	2	2,0	0,98
Sobreofertado	4302 Porto Alegre-02	766.765	7,03	10	7,7	1,30
	4318 Osório	343.819	3,15	5	3,4	1,45
	4310 Alegrete	531.096	4,87	8	5,3	1,51
	4307 Bagé	182.282	1,67	3	1,8	1,65
	4312 Santo Ângelo	232.929	2,13	4	2,3	1,72
	4304 Santa Maria	578.179	5,30	10	5,8	1,73
	4317 Ijuí	227.035	2,08	4	2,3	1,76
	4303 Pelotas	871.025	7,98	17	8,7	1,95
4313 Santa Cruz do Sul	335.766	3,08	7	3,4	2,08	
<b>Total</b>		<b>10.914.042</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>109,1</b>	<b>1,01</b>

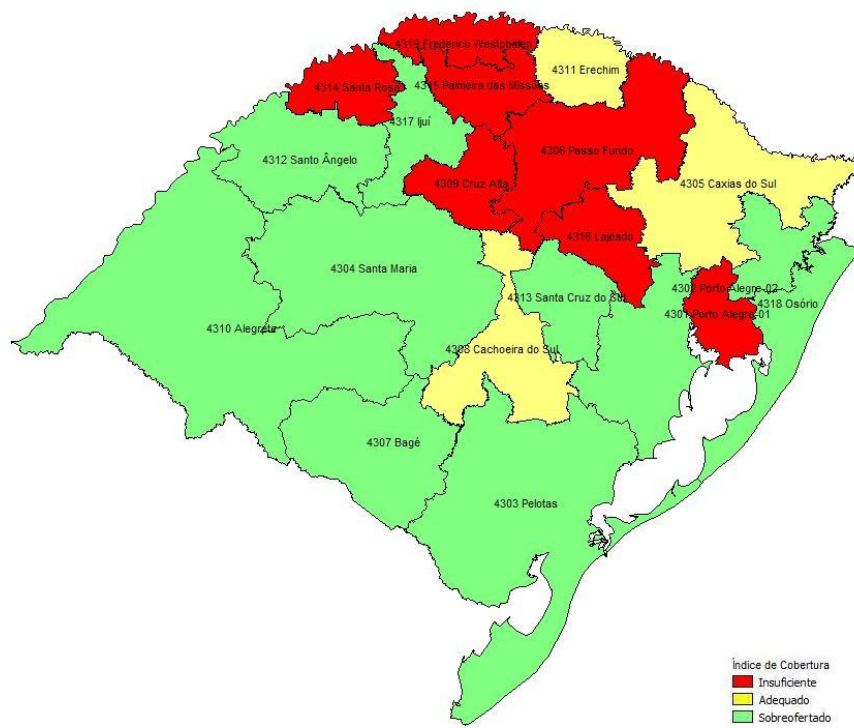
Fonte: MS/DATASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

I = Insuficiente (0 a 0,89) A = Adequado (>0,89 a 1,20) S = Sobreofertado (>1,20)

Obs.: Porto Alegre-01 = 24 municípios incluindo a capital Porto Alegre-02 = 42 municípios

Figura 1. Índices de cobertura dos CAPS das Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, março de 2009.



## **6. ARTIGO 2 – The Challenge of Building Strong Networks with Weak Nodes in Mental Health Care: The Question of Health Resources in Developing Nations**

### **The Challenge of Building Strong Networks with Weak Nodes in Mental Health Care: The Question of Health Resources in Developing Nations**

Gonçalves, Veralice M.; Carvalho, Adriana M. M.; Vaz, Valdeci D.; Saraiva, S. S.; Candiago, Rafael H.; Lobato, M.I.R; Belmonte-de-Abreu, P.

Post-Graduation in Medical Sciences: Psychiatry. Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brazil.

#### Correspondence

Veralice Maria Gonçalves

Rua General Caldwell, 658 apto. 203 – Bairro Menino Deus

90130-050. Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: [veralice@terra.com.br](mailto:veralice@terra.com.br)

*“Human resources are the most valuable asset of a mental health service. A mental health service relies on the competence and motivation of its personnel to promote mental health, prevent disorders and provide care for people with mental disorders.” (WHO, 2005)*

## **Abstract**

**Introduction:** Since the early 1990s, the World Health Organization (WHO) has recognized the importance of human resources (HR) for the qualification and development of health services (RIGOLI, 2003). After the WHO's initial statement, health policies were subject to several changes throughout the world. The Brazilian State of Rio Grande do Sul (BSRS) joined the deinstitutionalization movement in early 1992, almost a decade before the establishment of the new national mental health law (#10216) in 2001. Shortly after 2001, the National Health System (SUS) financed the building of a new model of outpatient care whose main goal was to bridge the gap between communities and hospitals; in the mental health sector, these new centers were named Centers of Psychosocial Care (CAPs). The overall guiding principles of CAPs were integrity and continuity of care, but despite having a constitutional mandate for human resources training, they did not possess a clear definition of human resources structure, training and methods. Later regulation of this new model specified a multidisciplinary framework to guarantee universal assistance according to local needs. After almost twenty years in existence, however, there has been no clear assessment of the effect and impact of CAPs on the mental health burden. This study analyzed human resources training and its availability within the nineteen health regions of the BSRS, focusing specifically on structural and regional differences between the nineteen facilities.

**Methods:** The study analyzed public data generated by the Informatics Department of the Ministry of Health (DATASUS) and the National Register of Health Facilities (CNES) during the period from 2007 to 2009. The study calculated five parameters of mental health: 1) Human Resources Index (HRI); 2) proportion of professionals



within the Brazilian Classification of Occupations (CBO); 3) HR by provider type; 4) HR by performance sector; and 5) proportion of CAPs workers related to the total workers of SUS as classified by the CBO. The parameters are defined and calculated as follows: 1) The HRI is the ratio of the number of CAPs professionals in a region to the region's population (per 100,000 inhabitants). The HRI was calculated for each region; 2) Proportion of professionals within the CBO is the number of professionals of each CBO involved in CAPs divided by the total number of professionals registered in CNES; 3) HR by provider type is the number of human resources of RS State by provider type (e.g., public, private or philanthropic); 4) HR by performance sector is the number of human resources in RS State by the performance sector (i.e., work place); and 5) Proportion of CAPs is the number of workers registered in CNES of BRSR State over the total workers of SUS by CBO.

**Results:** The study identified regional differences and critical areas for intervention in the distribution of CAPs professionals. Using 11.5 professionals per hundred thousand inhabitants as the threshold for the minimum number of professionals who should act in different types of CAPs, 12 of 19 health regions in BRSR had a rate above the threshold, two displayed a suitable index and five had an inadequate rate based on Ordinance # 336/2002 of the Ministry of Health. Between the 83 different occupations registered in community mental health services, 19.0% were psychologists, 10.5% were registered nurses, 10.4% were psychiatrists and 8.6% were nursing technicians. Almost half (49.6%) of HR was located in Public Services and a small decrease over the last three years was observed ( $\mu=50.6$ ,  $SD=0.86$ ). More than two thirds (76.5%) of the work force was located in outpatient clinics and only 2.6% was in CAPs. A large variation was observed between health regions with

regard to the distribution of professionals, i.e., the proportion of professionals to the local population ( $\mu=9.9$ ,  $SD=16.6$ ).

**Discussion:** Eight years after a Brazilian mental health regulation was established, the transition towards deinstitutionalization proceeded at a very slow rate (ABELHA, 2004). The data obtained show a widespread shortage of mental health professionals in the BSRS, with a wide variation between different health regions. The average number of psychiatrists allocated to CAPs in BSRS (1.9 per 100,000 inhabitants) is less than half of national rates (4.15 per 100,000 inhabitants) (WHO, 2005), which shows the inadequacy of professional distribution according to country standards. Although nearly half of the country has less than one psychiatrist per 100,000 people, the distribution of psychiatrists allocated to CAPs remains uneven, ranging from 0.3 in some areas to 4.2 in others. Five regions (26%) fell below the state rate of 2.0, eight (42%) were above it and one (5%) was twice the state rate. Additionally, there was a very low rate of rehabilitation professionals in CAPs (e.g., social workers, occupational therapists, art therapists and physical educators), which suggests a low investment in rehabilitation despite a significant amount of publicity. Overall, the analysis indicated the need for a better allocation of human resources at the community level so that adequate and symmetrical mental health care could be achieved around the state. Beyond the need for better training of mental health teams focused on Integrality (CECÍLIO, 2001) (one of the ideological principles of the Health System), it is also necessary to increase the number of different professionals in CAPs because they are the heart of community-based services for people with mental illness.

**Keywords:** Mental Health Services, Human Resources, Evaluation.

## Introduction

Mental health care in Brazil has undergone reform with important conceptual and operational changes. Federal Law 10,216/2001 and the National Health Policy guidelines both proposed new models of mental care and moved away from the hospital-based model of mental care delivery to the decentralized, community-based model. Additionally, the Mental Health Policy proposed the coordination of outpatient services with the Centers of Psychosocial Care (CAPs) and created new standards of care.

The CAPs were created to reduce admissions to psychiatric hospitals and to keep patients in their own communities (BRASIL, GM336). They are based on the following type of services: CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPs ad (alcohol and drugs) and CAPs i (children), defined in ascending order of size / complexity and population coverage. These facilities were the newest component of the public mental health system in a network model of care based on territoriality and multidisciplinary services. About two thirds of countries worldwide (68.1%) provide community services for psychosocial care, which covers approximately 83.3% of the world's population (WHO, 2005). However, the population coverage is not uniform and is often restricted to small areas within a country. In Brazil, as of March 2009, only 18% of all municipalities were offering community mental health services. In BRSR, only 17% (86 of 496 municipalities) had CAPs (MS/DATASUS-CNES), revealing an uneven coverage of care for patients with mental illness in this state (GONÇALVES, 2009).

The transition of care from psychiatric hospitals to general hospitals and to community-based services has occurred at a slower rate than needed in Brazil (ABELHA, 2004; CANDIAGO, 2007). According to the World Health Organization

(WHO), this is also true in other countries, regardless of development status (WHO, 2001). Better information about community-based mental health care is necessary to build and implement effective interventions in the future (NOVAES, 2000).

Available methods to measure change in CAPs coverage has shown that the minimum parameters set by the Mental Health Policy is inadequate in seven of the nineteen health regions in the BSRS; this equates to around half of the population (49%) being excluded from adequate mental health coverage. Additionally, the Principles and Guidelines for the Management of Work in a Unified Health System (BRASIL, 2005) showed several items contributing to lower job satisfaction and greater impact on worker health: poor working conditions with inadequate physical facilities, material and human resource shortages (REBOUÇAS, 2007) and the performance of professional teams with regard to the promotion of treatment adherence (MALONE, 2007). New ways of addressing this psychological distress were provided through a multidisciplinary framework that included modifying the forms of assistance available and redirecting clinical practice in public health (RINALDI, 2008). In addition to this, there is a need for an assessment of staff distribution, training, regulation and satisfaction to qualify, expand and strengthen the integration of the mental health network outside of the hospital.

One of the initiatives to support research in the area of human resources in health was the creation of the Health and Human Resources Observatory in 1999. After that was established, an association between the Health Ministry and the Pan American Health Organization (PAHO) was formed, which came to be known as the Health and Human Resources Observatory Network (ROREHS). ROREHS is an international partnership of 21 countries that includes Brazil, Canada, Argentina, Cuba, Chile, Mexico and Venezuela (BELLINI & AGNES, 2006). The network

generates data about human resources and provides information for health service assessments (BRAZIL, 2003).

In Brazil, the Law of Directives and Bases of National Education (LDB) stipulates that education covers the formative processes that develop in family life, the human experience, at work, in educational institutions and research, in social movements and civil society organizations and cultural events. The National Curricular Policies (DCN) were based on the LDB to bring advances in education that would establish abilities and competences for the social and health needs of the Brazilian population. The focus was on creating a generalist, reflexive and critical professional that was capable of understanding health as a right and to guarantee the integrality principle; integrality was understood as a set of actions and preventive and curative services at all levels of the system (BRASIL, 2001). With this focus, it is considered that “human resources are the most valuable asset of a mental health service” (WHO, 2005). Thus, it is necessary to know in practice the following things about human resources: if there is sufficiently trained and available people, in what way they are distributed in the country or regionally, if the professionals’ competencies are adequately developed, if they correspond to population needs, if they have been allocated correctly and if they are productive or motivated. According to the World Health Organization (WHO, 2005), many actions may be developed to deal with some of these difficulties:

- a) A mental health human resources policy to maintain workforce development.
- b) Policies linked to human resources planning.
- c) A systematic method to calculate the necessary number of people in mental health, as well as a policy that defines the competencies required to maintain specific services.

- d) Appropriate services to educate leaders so that motivation, recruitment and adequate allocation can be maintained.
- e) Revision of mental health training materials so that they reflect evidence based practices and population needs.
- f) Development of a personnel program, training and supervision to enhance quality of care and to attend to the users' needs.

In this context, the important question is: in what ways will the human resources education be adequate in addressing the existing demands of the country, if the composition of the teams is not appropriate as defined by the mental health policy? The human resources policy must be based on a professional structure that guarantees the population assistance according to their needs: that is, specific to different state regions depending on population demographics, epidemiological data and socioeconomic characteristics.

This study aimed to assess the adequacy of CAPs teams in BSRS by investigating mental health teams' composition, regional distribution and the proportion of human resources in the public and private fields. It also aimed to deliver timely information to health care decision makers at regional and state levels.

## **Methods**

Data were obtained by accessing two public Brazilian databases available on the internet: the first was from the Informatics Department of the Ministry of Health (DATASUS); and the second was from the National Register of Health Facilities (CNES). Administrative data from the CAPs registers were analyzed along with CAPs production data from the outpatient information system; both databases are the foundation of the national health information systems in Brazil and the data is collected on a monthly basis from municipalities and posted on the internet. The files

related to CAPs professionals' data were downloaded from this site. Records of professionals allocated to CAPs were extracted and aggregated with data from the CNES site. Human resource indices were analyzed according to the type of provider, the proportion of professionals in the area of care (e.g., hospital, outpatient or emergency) and the proportion of professionals within CAPs by both CBO and by total SUS human resources. Administrative data of CAPs were obtained through the CNES site and then TabNet software was used, which allowed the recording of results in file formats for later use by other tools. The data were organized by report, type of unit, state, and psychosocial care center. Selected units authorized by the Ministry of Health were analyzed bi-monthly for trend analysis according to type of provider from August 2007 to August 2009. The flowchart below (Figure 1) illustrates the databases used, data processing routines and data analysis.

Professionals' files were obtained through CNES using the following selection: services, receipt of files (other), TabWin CNES, data files, state of RS and PFRSAAMM.DBC file (where PF is the type of file professionals, RS is the acronym for BSRS, AA represents the year and MM the month). DBC is a type of compressed file developed by DATASUS.

Extraction for health professionals was done based on the number obtained from CNES data. The absolute and relative frequencies of health professionals according to type of provider were analyzed as also the proportion of resources and professionals in community mental health services in relation to all professionals allocated to SUS.

Data were analyzed using the public TabWin software developed by DATASUS, and the results were plotted using the same program (Version 3.5). The Human Resources Index (HRI) was used to evaluate differences between health regions and the state of CAPs facilities.

Production data were obtained by consulting the DATASUS website running the following steps: select health informations, healthcare, manufacturing by local service from 2008, State of Rio Grande do Sul, health region, presented quantity and period 2009. Procedures were selected from 0301080020 to 0301080135 and were used to record the procedures performed in outpatient CAPs (excluding those held by the therapeutic residences facilities).

Indicators were generated for analysis and the adequacy of professionals' numbers per CAPs was evaluated using SPSS software (Version 13). Figure 2 illustrates the general flow of data collection and analysis.

## Results

Based on the total number of health professionals registered in the BSRS by CNES, nearly ninety thousand (89,493) worked in the public sector (49.6%). The proportion of local professionals remained stable over the period of analysis (Figure 3) in all sectors: including in the public sector ( $\mu$  50.6; SD 0.86), the philanthropic sector ( $\mu$  32.2; SD 0.43) and in private providers ( $\mu$  17.1; SD 0.46) (Table 1). Additionally, 73.6% of total human resources were allocated to outpatient care and 25.6% to hospital care (Table 2).

Of all professions in CBO Brazilian publication of 2002, were found eighty and two with performance in CAPs. The distribution of professionals by workplace showed a higher frequency of psychiatrists (38.4%), nurses, (45.0%) physiotherapists (30.7%) and nursing staff in general hospitals (61.5%). Speech therapists (29.2%) and educators specializing in disability (44.2%) were found most often in specialized clinics, while nutritionists (38.3%), social workers (35.7%) and psychologists (34.6%) mainly worked in the basic health units. Only occupational



therapists worked primarily in community mental health services (32.7%), compared with other types of health facilities.

The most numerous CAPs professionals were clinical psychologists, nurses, psychiatrists and nursing assistants (who represented 50.1% of the total 2,048 professionals registered), followed by nurse technicians, social workers, physicians and occupational therapists (who represented 28.1% of the total). Office assistants, educators, nutritionists, physical therapists, pediatricians, speech therapists, mid-level professionals and other medical specialties represented 12.5% of all CAPs occupations. The remainder of the total is made up of thirty-two other occupations, 56% of which are at a higher level.

Specific occupations in relation to the total number of professionals serving the SUS were analyzed according to their proportion.

The analysis broken down by occupation revealed a greater proportion of occupational therapists (33%) working in CAPs, followed by clinical psychologists (22%), psychiatrists (20%) and social workers (14%) (in relation to the proportion of each occupation working).

In addition, data were analyzed according to the health regions and the distribution of CAPs professional teams revealed uneven events. There were more populated areas with inadequate proportions, compared to regions with lower rates of population and higher human resources (Table 4).

The minimum size of the multidisciplinary team for each type of service (CAPs I, II or III and CAPs i e CAPs ad) was normalized by Health Ministry Decree # 336.

The present study revealed that 52% of CAPs I are appropriate for HMD # 336 in terms of staff at the graduate level and that there is partial adaptation in 28% of the total CAPs I. Most establishments (98%) were at a mid-level in terms of

education, revealing an inadequacy with regard to human resources and services (administrative and technical) (Table 5).

In CAPs II, there was a better match with regard to the presence of a psychiatrist (77%), professional psychologists, social workers, nurses, occupational therapists, educators and other professionals necessary for the therapeutic project. In contrast, 68% of patients received care in facilities with inadequately trained mental health care professionals and this was even higher with regard to mid-level professionals (87%).

There were an adequate number of psychiatrists (100%) in the care centers for patients with alcohol and psychoactive substances dependence (CAPs ad) but an inadequate number of trained mental health nurses (68%) and mid-level health technicians (87%).

The study found that there were an adequate number of graduate level health professionals allocated to psychosocial care services for children and adolescents (100%); however, the number of mid-level professionals in all CAPs ad was inadequate.

The number of professionals by health region were analyzed to determine the productivity of CAPs services. There was a strong correlation between the population and the total human resources of CAPs ( $r=0.964$ ,  $P<0.001$ ), as well as between the total human resources of CAPs and average production ( $r=0.699$ ,  $P=0.001$ ). The results showed that increasing the number of health professionals produced an increase in population assistance. However, the number of procedures made for each region was not studied.

## **Discussion**

The data used in this study have some limitations that should be taken into account. The revision of data in the National Register of Health Facilities is the responsibility of the municipal manager and is regulated by Ministerial Decree No. 767 of October 18, 2002, but the frequency of revision differs by each municipality.

The staff turnover in health establishments throughout the country is a great problem. Also, the information sharing system for municipalities is slow and often requires the systematic transfer of documents to the Regional Health Services (who are in charge of handling data from CNES in their region). However, information from such data must be regarded as the best possible for this analysis because it is generated by the National Registration System of Health Facilities, which is an official database that makes up the national health information system in Brazil.

The training programs for mental health professionals must consider other models of care and the stories of international experiences to create networks to build collective subjects conscious and active enough to resist the process of annulment of their identities (AMARANTE, 2008) with the aim of developing a multidisciplinary approach. Surely, it is through the practice of integrating different knowledge that it is possible to build effective public health and social systems.

## **Conclusion**

Despite being in place for the last eight years, the Brazilian mental health system's new regulation that sought to transfer care from the psychiatric hospital to community-based services has taken longer than expected given the demand (ABELHA, 2004). According to the WHO, this is especially true in developing countries (WHO, 2001).

The proportion of psychiatrists in BSRS is 2.0 per 100,000 inhabitants, which is equal to the proportion in the Americas. Globally, the proportion ranges from 0.04 in the African Region to 9.80 in the European Region (WHO, 2005).

The results of this study demonstrated that 79% of licensed psychiatrists in Brazil work at least in part-time in the public sector, with 61% living in the southeast and 16% living in the south of the country. At the same time, the south and southeast regions represent seven states out of 27 total (26%), which is approximately 57% of the total Brazilian population. In BSRS, this proportion is similar with 463 psychiatrists providing SUS. Of the total number of licensed psychiatrists, 318 (68%) worked in public services on a part or full time basis, which represented only 9% of the total of the country. In the BSRS, only 14% of the total psychiatrists providing SUS worked in CAPs compared with 45% of psychiatrists working at CAPs in all of Brazil.

Although thirteen health regions (68%) had more than one psychiatrist per one hundred thousand people, the distribution in the CAPs was uneven, as only two in thirteen regions had more than one psychiatrist per one hundred thousand inhabitants.

The different types of health professionals (psychologists, nurses, psychiatrists, assistant nurses, nursing technicians, social workers, general practitioners, clinicians, occupational therapists, educators specializing in disability, nutritionists, physiotherapists and speech therapists) described in this study represented 83.4% of the total number of human resources working in community mental health services but only 3.16% of all health professionals in the state SUS

The proportion of psychologists (19%) was high compared to other occupations in psychosocial care centers in BSRS. The expectation is to have a diverse team of professionals—e.g., occupational therapists, physical educators,

speech educators, nutritionists, social workers, art therapists and even psychiatrists (because rehabilitation is now in the Country's Curriculum of Medical Residency and in the national board certification for psychiatry)—synchronized according their own skill sets for the identification, treatment and rehabilitation of mental health patients.

This study demonstrated that we are facing serious health workforce shortages and inequalities and that the highest priority should be in deinstitutionalizing the mental health system structure. The most needed professionals may be the less allocated ones; as such, the emphasis in the new system should be on professionals most trained in secondary care versus tertiary care.

With regard to the similarities and differences in BSRS, an accurate and critical analysis of mental health resources helped identify needs and priorities for the expansion of regional mental health care according to local specificities. The slow speed of structural changes at the service level, and the inadequacy of human resources already working in SUS, prevents the attainment of basic mental health care for people with mental disorders.

## References

ABELHA L; LEGAY, LF; LOVISI, G. **O processo de reforma psiquiátrica brasileiro**. Cad Saúde Coletiva. 2004;12(1):9-25.

AMARANTE Paulo (org.) **Saúde Mental, Formação e Crítica**. / organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. – Rio de Janeiro: Laps, 2008. 100 p.

BELLINI , Maria Isabel Barros; AGNES, Décio Ignácio (org). **Perfil do Profissional e a Formação em Saúde no Rio Grande do Sul**. Rede Observatório. – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; Escola de Saúde Pública, 2006; 189 p.

BRASIL. **LEI Nº 8.080**, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **CNE/CES Parecer 1133/2001** – Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Homologado em 1/10/2001, publicado no Diário Oficial da União de 3/10/2001, Seção 1E, p. 131. Brasília, 2001.

BRASIL. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União 2002; 20 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. v. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação na área da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 11 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Diário Oficial da União 2008; 25 jan. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>>. Acesso em 01 de outubro de 2008.

CANDIAGO RH & ABREU PB: **Use of DATASUS to evaluate psychiatric inpatient care patterns in Southern Brazil**. *Rev. Saúde Pública*. 2007 Oct;41(5):821-9.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.:**

Pinheiro, Roseni & Mattos, Ruben Araujo de (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 113-126.

GONÇALVES, V.M. et all. **A falácia da adequação de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul, Brasil**. Artigo aceito para publicação pela Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em 30/07/2009.

MALONE D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. **Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality**. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.

MS/DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, disponível em [cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br). acessado em 04 out 2009.

NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. Rev Saúde Pública, 34(5):547-59, 2000.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes and ABELHA, Lúcia. **Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental**. Ver. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.2, PP. 244-250.

RIGOLI, Félix. **Os observatórios de recursos humanos na América Latina**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.v.1

RINALDI, D. L.; BURSZTIN, D. C. **O Desafio da clínica na atenção psicossocial**. Arquivos brasileiros de psicologia, 2008. V.60, N.2.

WHO. **The World Health Report 2001 - Mental health: new understanding, new hope**. Geneva; 2001.

WHO. Department of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Evidence of Research. **Mental Health Atlas**. Geneva, 2005.

WHO. **Human resources and training in mental health**. Geneva, 2005 (Mental Health Policy and Service Guidance Package).

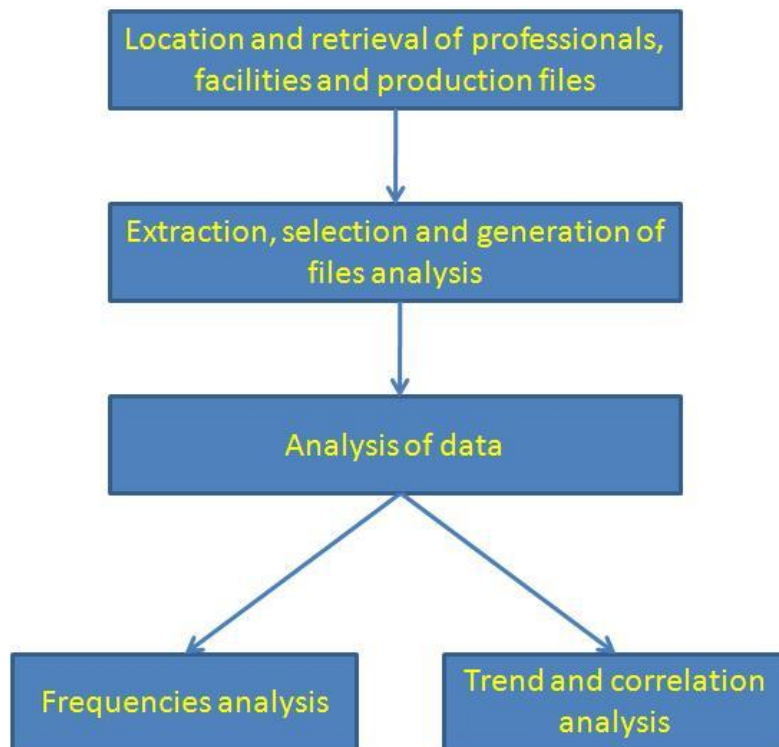


Figure 1. Flowchart of obtaining databases and data analysis.



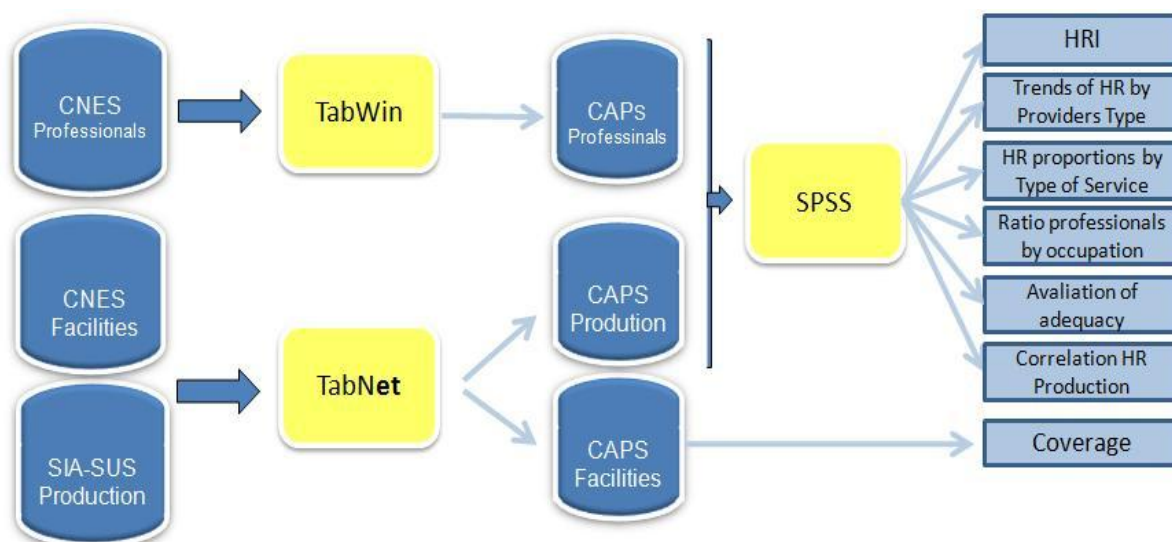
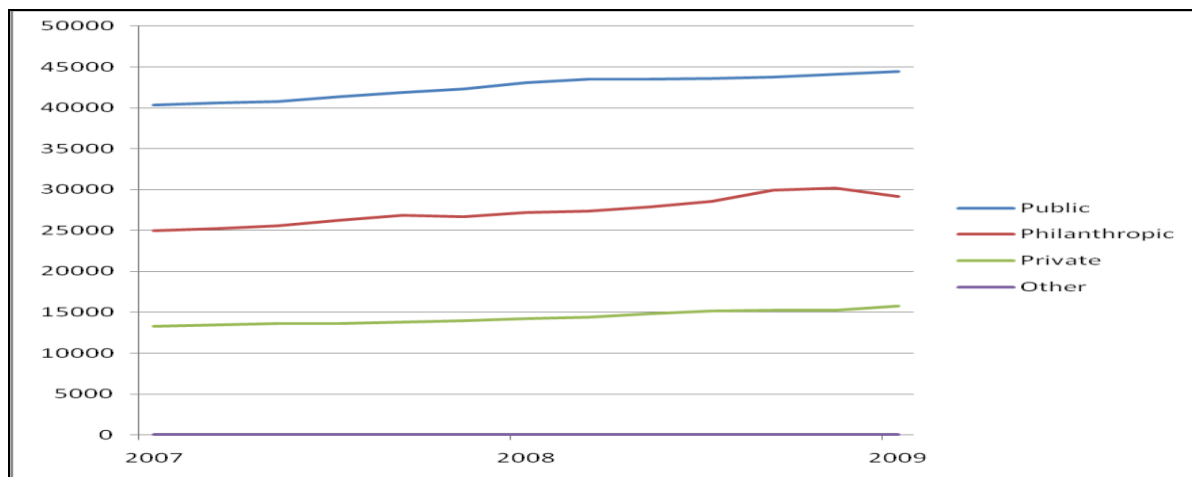
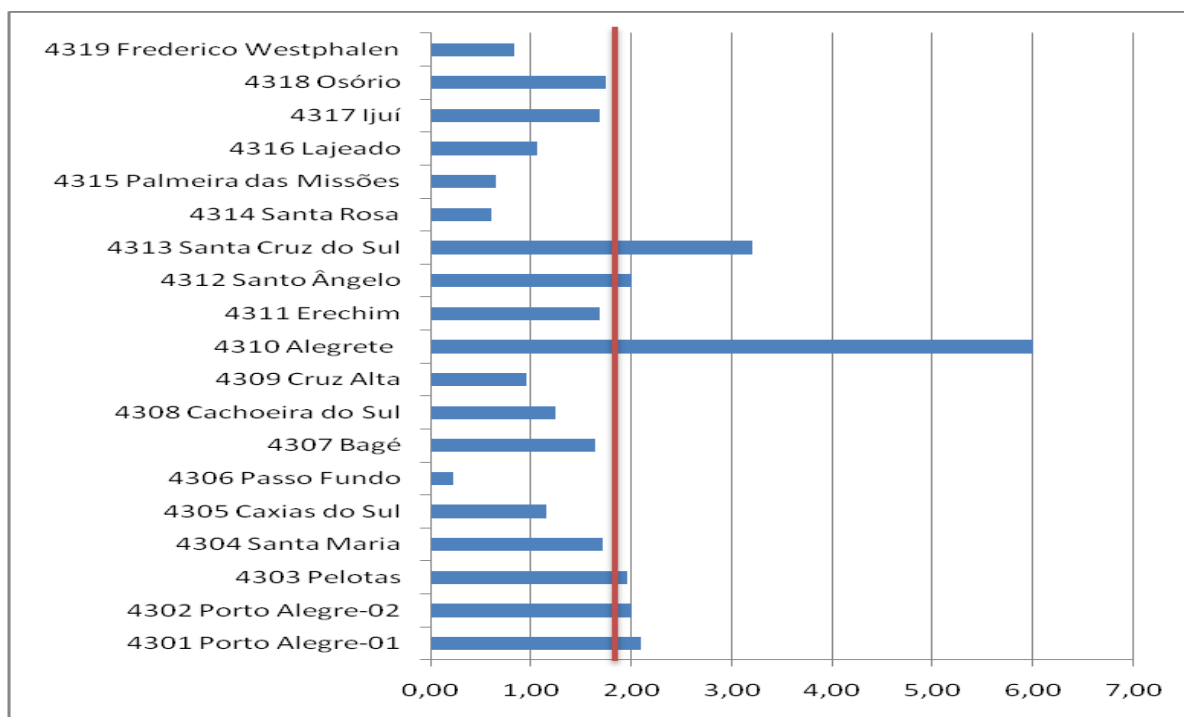


Figure 2. Scheme of data construction and analysis.



Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities  
HR=Human Resources

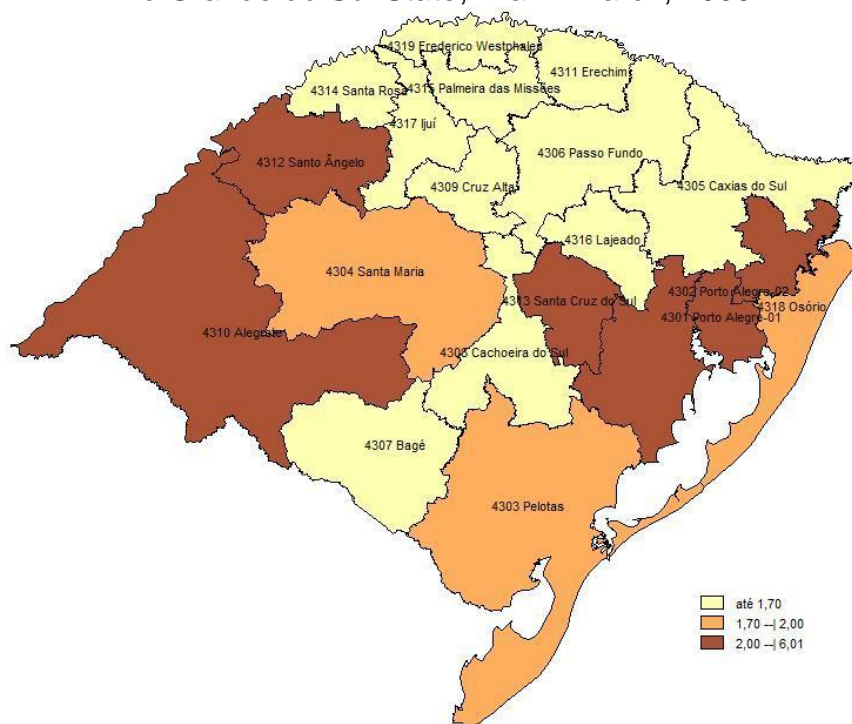
Figure 3. Trends in the Number of Human Resources by Type of Provider, State of Rio Grande do Sul, Brazil: 2007 to 2009.



— Average State Value

Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities

Figure 4. Proportion of CAPs Human Resource Index Over HR in Health Regions of Rio Grande do Sul State, Brazil: March, 2009.



Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities

Figure 5. Map Proportion of CAPs Human Resource Index Over HR in Health Regions of Rio Grande do Sul State, Brazil: March, 2009.

Table 1. Total Number of Human Resources by Provider Type, State of Rio Grande do Sul, Brazil: August 2007 to August 2009.

Provider Type	2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%
Public	40.365	51,3	43.070	51	44.432	49,6
Philanthropic	24.992	31,8	27.160	32,1	29.198	32,6
Private	13.245	16,8	14.208	16,8	15.776	17,6
Other	92	0,1	91	0,1	87	0,1
<b>Total</b>	<b>78.694</b>	<b>100</b>	<b>84.529</b>	<b>100</b>	<b>89.493</b>	<b>100</b>

Source: MS/DATASUS/CNES - National Register of Health Facilities  
 Include all sources: outpatient, hospital, emergencies, CAPs

Table 2. Proportion of HR by Type of Service, State of Rio Grande do Sul, Brazil:  
August, 2009.

Public Service	N	%
Community Health Center	25,53	57.4
General Hospital	9,578	21.5
General Mixed Outpatient Clinic	1,809	4.1
Specialized Hospital	1,794	4.0
Emergency	1,693	3.8
Center for Psychosocial Care	1,157	2.6
Health Surveillance Unit	1,058	2.4
Specialized Clinic (Outpatient)	870	2.0
Administration/Coordination	302	0.7
Mixed Unit - 24 Hour Primary Care	176	0.4
Outpatient Office	147	0.3
Mobile ICU	122	0.3
Mobile Transportation	101	0.2
Other	95	0.2
<b>Total</b>	<b>44,432</b>	<b>100.0</b>

Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities

HR=Human Resources

ICU=Intensive Care Unit

Table 3. Proportion of Professionals in CAPs (RHCAPs) Over the Number of Staff Registered to Attend the SUS (RHSUS) by Occupation, State of Rio Grande do Sul, Brazil: March, 2009.

Occupation	Total RHCAPs		Total RHSUS		P (N1/N2)
	N1	%	N2	%	
Occupational Therapist	98	4.8	300	0.3	0.33
Clinical Psychologist	389	19.0	1,757	1.6	0.22
Psychiatrist / Psychoanalyst	214	10.4	1,046	0.9	0.20
Social Assistant	152	7.4	1,058	0.9	0.14
Educator Specializing in Disability	36	1.8	267	0.2	0.13
Nurse	215	10.5	5,781	5.1	0.03
Speech Therapist	15	0.7	463	0.4	0.03
Nutritionist	29	1.4	1,117	1.0	0.03
Physiotherapist Kinesiology	27	1.3	1,565	1.4	0.02
Assistant Nurse / Clinic	208	10.2	14,993	13.3	0.01
Nursing Technician/First Responder	176	8.6	13,153	11.7	0.01
General Practitioner	150	7.3	12,524	11.1	0.01
Other Occupations	339	16.6	58,360	51.9	0.01
<b>Total</b>	<b>2,048</b>	<b>100.0</b>	<b>112,384</b>	<b>100.0</b>	<b>0.02</b>

Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities

N1 - absolute frequency of professionals registered in CAPs

N2 - absolute frequency of professionals registered to attend SUS

Table 4. Human Resources Index (HRI) of CAPs by Health Region, Rio Grande do Sul, Brazil: March, 2009.

Health Region	Population	HRI	% HR CAPs/ HR(attends on SUS)
4301 Porto Alegre-01	3,710,916	22.4	2.09
4302 Porto Alegre-02	788,303	14.2	2.01
4303 Pelotas	889,728	21.9	1.96
4304 Santa Maria	591,145	17.1	1.71
4305 Caxias do Sul	1,067,889	11.3	1.15
4306 Passo Fundo	594,273	3.1	0.23
4307 Bagé	191,563	17.0	1.64
4308 Cachoeira do Sul	206,972	11.2	1.24
4309 Cruz Alta	140,234	10.5	0.95
4310 Alegrete	588,714	47.1	6.01
4311 Erechim	223,349	15.8	1.68
4312 Santo Ângelo	237,62	23.2	2.01
4313 Santa Cruz do Sul	334,846	27.4	3.21
4314 Santa Rosa	233,531	7.0	0.60
4315 Palmeira das Missões	156,343	6.7	0.65
4316 Lajeado	363,465	11.1	1.06
4317 Ijuí	222,962	23.3	1.68
4318 Osório	339,229	16.3	1.75
4319 Frederico Westphalen	199,235	8.6	0.84
<b>Total</b>	<b>11,080,317</b>	<b>18.8</b>	<b>1.82</b>

Source: MS/DATASUS/CNES – National Register of Health Facilities

HRI=Human Resources Index

HR CAPs = Human Resources work in CAPs



Table 5. Number of Health Region and CAPS adapted to GM Ordinance 336/2002, by type of service and Professional category. Rio Grande do Sul, Brasil. March, 2009.

Table 5. Number of Health Region and CAPS adapted to GM Ordinance 336, by type of service and professional category. Rio Grande do Sul, Brasil. March, 2009.

Type of service Professional category	Adequate		Partially Adequate		Not Adequate	
	Region N (%)	CAPS N (%)	Region N (%)	CAPS N (%)	Region N (%)	CAPS N (%)
<b>CAPS I</b>						
1 physician with training in mental health	10 (53)	24 (44)	3 (16)	12 (22)	6 (31)	18 (34)
1 nurse	13 (68)	31 (57)	3 (16)	14 (26)	3 (16)	9 (17)
3 graduate professional (1)	12 (63)	30 (55)	3 (16)	19 (35)	4 (21)	5 (10)
4 mid-level professionals (2)	1 (5)	2 (4)	0	0	18 (95)	34 (96)
<b>CAPS II</b>						
1 psychiatrist	13 (68)	24 (77)	1 (5)	5 (16)	5 (27)	2 (7)
1 nurse with training in mental health	1 (5)	10 (32)	0	0	18 (95)	21 (68)
4 graduate professionals (3)	11 (58)	22 (71)	1 (5)	5 (16)	7 (37)	4 (13)
6 mid-level professionals (2)	3 (16)	4 (13)	0	0	16 (84)	27 (87)
<b>CAPS ad</b>						
1 psychiatrist	8 (42)	14 (100)	0	0	11 (58)	0
1 nurse with training in mental health	0	0	0	0	19 (100)	14 (100)
1 clinician	7 (37)	11 (79)	0	0	12 (63)	3 (21)
4 graduate professionals (3)	5 (26)	7 (50)	0	0	14 (74)	7 (50)
<b>CAPS i</b>						
1 psychiatrist (4)	7 (37)	10 (100)	0	0	12 (63)	0
1 nurse	7 (37)	10 (100)	0	0	12 (63)	0
4 graduate professionals (3)	7 (37)	10 (100)	0	0	12 (63)	0
5 mid-level professionals (2)	0	0	0	0	19 (100)	10 (100)

(1) psychologist, social worker, occupational therapist, pedagogue or other professional needed to therapeutic plan

(2) technician or nursing assistant, technical administrative, technical and educational craftsman

(3) psychologist, social assistant, nurse, occupational therapist, pedagogue or other professional needed to therapeutic plan

(4) or neurologist or pediatrician with training in mental health

## 7. CONCLUSÃO

*'A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.*

*Quando se vê, já são seis horas!*

*Quando se vê, já é sexta-feira...*

*Quando se vê, já terminou o ano...*

*Quando se vê, perdemos o amor da nossa vida.*

*Quando se vê, já passaram-se 50 anos!*

*Agora é tarde demais para ser reprovado.*

*Se me fosse dado, um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.*

*Seguiria sempre em frente e iria jogando, pelo caminho, a casca dourada e inútil das horas.*

*Desta forma, eu digo: Não deixe de fazer algo que gosta devido à falta de tempo, a única falta que terá, será desse tempo que infelizmente não voltará mais.'*

**Mário Quintana**

Os objetivos propostos de análise da distribuição de recursos humanos e composição das equipes multiprofissionais dos CAPS nas regiões do estado do RS foram alcançados, por meio de indicadores que representam a estrutura existente, apresentando as diferenças na distribuição destes recursos entre as dezenove regiões.

Esperamos que esta produção de informação atualizada identificando a situação da implementação das políticas públicas em Saúde Mental nos serviços de base comunitária possa servir como subsídio da reorganização da atenção no nosso estado para os tomadores de decisão dos níveis regionais e estadual.

Os resultados obtidos levam à discussão de três questões fundamentais:

- A implementação da Política de Saúde Mental exige adequação dos recursos humanos na composição das equipes no Estado do Rio Grande do Sul;
- A gestão da informação é a estratégia para o fornecimento de subsídios para a extensão da rede de saúde mental de base comunitária;

- O avanço das políticas públicas para o fortalecimento do SUS depende da qualificação de profissionais para uso de dados das bases dos sistemas nacionais de saúde.

A implementação da Política de Saúde Mental, normatiza a composição mínima dos recursos humanos nas equipes como condição para estruturação dos serviços, e a inadequação identificada por este estudo, tanto em número mínimo, quanto em relação às especialidades dos profissionais que devem estar presentes em cada modalidade de serviço, demonstra a fragilidade da organização e desenvolvimento da atenção psicossocial existente no Rio Grande do Sul.

Apesar das transformações conceituais e operacionais no âmbito da Reforma Psiquiátrica, em consequência da Lei Federal 10.216/01 e das diretrizes da política nacional de saúde mental, a velocidade da substituição das internações em hospitais psiquiátricos pelos hospitais gerais e pelos serviços de base comunitária para promoção do cuidado, emancipação e inclusão social das pessoas com transtornos mentais, é extremamente lenta. Além disso, o trabalho das equipes nos CAPS é a condição determinante da efetividade das práticas terapêuticas nos serviços. Se não há recursos humanos suficientes para a estruturação do dispositivo que acolha os pacientes na perspectiva da proposta antimanicomial, onde eles serão acolhidos?

Existem possibilidades de se fazer uso dos sistemas de informação em saúde existentes atualmente, descentralizados, com tecnologias que permitem o acesso aos dados em diversos níveis de agregação: por estabelecimento de saúde, município, região de saúde, estado, região do país e na visão nacional. Com as facilidades tecnológicas, foram superadas as maiores dificuldades em relação à falta de padronização e normatização e de documentação dos sistemas de informação,

das dificuldades de compatibilizar informações e, principalmente, de acessá-las. Desta forma, a descentralização dos sistemas de informação acompanhou a descentralização da gestão; porém, também repassou ao gestor local a responsabilidade pela gestão dos sistemas. Em relação a este aspecto, a necessidade de qualificar os dados gerados também foi influenciada pela rapidez com que são produzidos e disseminados, pois o retorno do dado produzido localmente para ser utilizado no monitoramento e avaliação da atenção ficou mais rápido e facilitado, bem como as ferramentas de análise da informação, desenvolvidas pelo DATASUS. Ainda assim, há a necessidade de existirem mecanismos de gerenciamento destes sistemas de informação para se tornarem ferramentas de geração de indicadores e subsídios para tomada de decisão.

Considerando que os dados utilizados neste estudo foram obtidos por meios públicos de disseminação da informação também pública, tanto pesquisadores como gestores, conselheiros de saúde e a população podem fazer acesso em busca da análise de situação e planejamento para readequação da rede de atenção. As bases de dados nacionais da saúde podem ser utilizadas para avaliação de resultados da área de saúde mental, tanto no foco específico da estrutura dos serviços de base comunitária como em foco ampliado, inclusive nas investigações de relações entre as internações hospitalares e ambulatoriais, aspectos clínicos, de custeio de serviços e aspectos socioeconômicos.

Os resultados encontrados demonstram a fragilidade da rede de atenção psicossocial de base comunitária existente no Estado do Rio Grande do Sul, apontando para a necessidade de implementar serviços em regiões onde são inexistentes ou que atendem a uma parcela muito pequena da população. Não bastasse a carência destes dispositivos, sua distribuição não atende aos princípios

do Sistema Único de Saúde, pois não garante o acesso universal, igualitário e equânime à saúde bem como não contempla o plano diretor de regionalização da saúde (PDR) no RS.

Além da má distribuição dos CAPS no estado, a inadequação dos recursos humanos apontada pelo estudo identifica uma representação tão pequena de alocação de profissionais em relação ao total que atende o SUS no estado, bem como em relação a total atuando na área de saúde mental que é evidente a necessidade de maior avaliação e adequação da distribuição dos profissionais da saúde nas modalidades de serviço objetos deste estudo.

A forte correlação entre o total de recursos humanos dos CAPS e a média da produção de serviços baseados nos procedimentos realizados apresenta comportamento similar à produção dos demais tipos de serviços.

Por meio deste estudo, também foi possível observar uma diminuição do número de altas por abandono do tratamento e uma tendência crescente na proporção de atendimentos em transtornos do humor, transtornos de uso de substâncias, transtornos de personalidade e de desenvolvimento psicológico. Estes resultados podem ser aproveitados para orientar estudos subseqüentes, caracterizando o perfil dos pacientes dos CAPS, e fazendo avaliação do desempenho da rede ambulatorial básica e da estratégia da saúde da família nos municípios de localização dos CAPS, buscando identificar os fatores determinantes destas tendências.

## 8. ANEXOS

### ANEXO A: Aceite Artigo 1 para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

 <b>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</b>	<b>Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul</b> REVISTA DE PSIQUIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL Av. Ipiranga, 5311 - Sala 202 CEP 90610-001 - Santana - Porto Alegre - RS Fone: (51) 3336-4846 - Fax: (51) 3339-6277
Porto Alegre, quinta-feira, 30 de julho de 2009	
<b>Ilmo(a) Sr.(a)</b> <b>Prof(a), Dr(a) Veralice Maria Gonçalves</b>	
Referente ao código de fluxo: <b>1206</b> Classificação: <b>Comunicações Breves</b>	
Seu artigo intitulado, <b>A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no Estado do Rio Grande do Sul</b> , avaliado por nossos pareceristas, foi aceito para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Agradecemos pelo envio de seu artigo e esperamos poder continuar contando com sua valiosa colaboração. Qualquer dúvida favor entrar em contato com a Secretaria da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul pelo fone: (51) 3024.4846 ou e-mail revista@sprs.org.br.	
Atenciosamente,	
<b>Flávio Milman Shansis e Paulo Oscar Teitelbaum</b> Editores	

## ANEXO B: Certificação do Artigo 2 na língua Inglesa pelo American Journal Experts Editorial



[www.journalexperts.com](http://www.journalexperts.com)

### American Journal Experts Editorial Certification

This document certifies that the manuscript titled "The challenge of building strong networks with weak nodes in Mental Health Care: The question of Health Resources in Developing Nations" was edited for proper English language, grammar, punctuation, spelling, and overall style by one or more of the highly qualified native English speaking editors at American Journal Experts. Neither the research content nor the authors' intentions were altered in any way during the editing process.

Documents receiving this certification should be English-ready for publication - however, the author has the ability to accept or reject our suggestions and changes. To verify the final AJE edited version, please visit our verification page. If you have any questions or concerns over this edited document, please contact American Journal Experts at [support@journalexperts.com](mailto:support@journalexperts.com)

**Manuscript title:** The challenge of building strong networks with weak nodes in Mental Health Care: The question of Health Resources in Developing Nations


**Authors:** Gonçalves, Veralice M.; Carvalho, Adriana M.M.; Vaz, Valdeci D.; Saraiva, S. S.; Candiago, Rafael H.; Belmonte-de-Abreu, P.

**Key:** 3E39-112A-1E66-067D-D634

This certificate may be verified at [www.journalexperts.com/certificate](http://www.journalexperts.com/certificate)

American Journal Experts is an association of Ph.Ds and Ph.D. graduate students from America's top 10 research universities. Our editors come from nearly every research field and possess the highest qualifications to edit research manuscripts written by non-native English speakers. We provide the quickest turnaround times at the lowest prices in the industry. For more information, please visit [www.journalexperts.com](http://www.journalexperts.com), or for volume discounts for academic journals, please contact us by email at [salas@journalexperts.com](mailto:salas@journalexperts.com)

## ANEXO C: Artigo 2 Submetido ao Community Mental Health Journal


COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL

 Editorial Manager<sup>®</sup>  
 Role: Author Username: veralice

[HOME](#) • [LOG OUT](#) • [HELP](#) • [REGISTER](#) • [UPDATE MY INFORMATION](#) • [JOURNAL OVERVIEW](#)  
[MAIN MENU](#) • [CONTACT US](#) • [SUBMIT A MANUSCRIPT](#) • [INSTRUCTIONS FOR AUTHORS](#)

Submissions Being Processed for Author Veralice Maria Gonçalves, MBA Public Manager

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
<a href="#">Action Links</a>	COMH692	The Challenge of Building Strong Networks with Weak Nodes in Mental Health Care: The Question of Health Resources in Developing Nations	Mar 23, 2010	Mar 24, 2010	Editor Assignment Pending

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

### Editorial Manager(tm) for Community Mental Health Journal

#### Manuscript Draft

Manuscript Number: COMH692

Title: The Challenge of Building Strong Networks with Weak Nodes in Mental Health Care: The Question of Health Resources in Developing Nations

Article Type: Article

Keywords: Mental Health Services; Human Resources; Evaluation

Corresponding Author: Mrs. Veralice Maria Gonçalves, MBA Public Manager

Corresponding Author's Institution: Federal University of Rio Grande do Sul

First Author: Veralice Maria Gonçalves, MBA Public Manager

Order of Authors: Veralice Maria Gonçalves, MBA Public Manager; Adriana M Carvalho, Nutricionist; Valdeci D Vaz, System Analyst, MBA; Sérgio S Saraiva, Psychiatrist; Rafael H Candiago, Psychiatrist, M.D.; Maria I Lobato, Psychiatrist, M.D.; Paulo Belmonte-de-Abreu, Psychiatrist, PhD

Abstract: Purpose: Brazilian State of Rio Grande do Sul joined the deinstitutionalization movement in 1992. After 2001 Centers of Psychosocial Care (CAPs) was built in the mental health sector. A multidisciplinary framework was specified, but there has been no clear assessment of the effect of CAPs on the mental health burden. Methods: The study analyzed public data focusing on human resources availability and composition of teams. Results: Identified differences and critical areas for intervention in the distribution of professionals. Conclusions: Eight years after mental health regulation was established, the transition proceeded at a very slow rate.