

Distribuição dos CAPS no estado da Paraíba, PB, Brasil: análise quantitativa

CAPS distribution in the state of Paraíba, PB, Brazil: quantitative analysis

Distribución CAPS en el estado de Paraíba, PB, Brasil: análisis cuantitativo

Roberta Chagas Oliveira



- [ORCID](#) - [Lattes](#)

Heydrich Lopes Virgulino Medeiros - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial são o principal componente da rede extra-hospitalar dentro da reforma da assistência em saúde mental. Formam um importante instrumento dentro do atendimento com base territorial e comunitária. **Objetivos:** realizar mapeamento e análise da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial e de suas equipes multiprofissionais no estado da Paraíba, a partir do enfoque da regionalização. **Métodos:** estudo descritivo, de recorte transversal, com abordagem quantitativa. Foram utilizados dados da Coordenação de Saúde Mental do estado da Paraíba, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Recursos Humanos. Foram calculados os índices de cobertura para as 16 regionais de saúde. As portarias 336/2002 e 130/2012 do Ministério da Saúde serviram de base para as análises referentes à quantidade de profissionais por serviço. **Resultados:** A Paraíba possui 113 Centros de Atenção Psicossocial distribuídos nas modalidades: I, II, III, ad, ad III e i. Observou-se que a 1ª região apresentou o menor índice de cobertura (1,03) e a 4ª região obteve o melhor resultado (5,74), ambas diferindo bastante do índice total do estado (2,12). Em relação às equipes multiprofissionais, observou-se que a quantidade de enfermeiros (201) e de outros profissionais de saúde (448) supre numericamente a quantidade de serviços, mas que o número de médicos (60) é bem inferior ao esperado. Vale destacar que 3 regionais não possuem nenhum psiquiatra registrado em seus quadros funcionais, com destaque para a 12ª região que aparece sem nenhum profissional médico apesar da existência de 4 serviços em seu território. **Conclusões:** A distribuição de CAPS na Paraíba

é ampla e satisfatória, porém, com pouco quantitativo de médicos psiquiatras atuando nestes serviços.

Palavras-chave: serviços de saúde mental, modelo de atenção psicossocial, psiquiatria.

ABSTRACT:

Introduction: Psychosocial Care Centers are the main component of the extra-hospital network within the mental health care reform. They are an important instrument within territorial and community-based assistance.

Objectives: to map and analyze the distribution of Psychosocial Care Centers and their multidisciplinary teams in the state of Paraíba, based and focus on regionalization.

Methods: a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. Data from the Mental Health Coordination of the state of Paraíba – from the National Register of Health Establishments and Human Resources – were used. Coverage indices were calculated for the 16 regional health departments. Ordinances 336/2002 and 130/2012 from the Ministry of Health served as the basis for the analysis regarding the number of professionals per service.

Results: Paraíba has 113 Psychosocial Care Centers distributed in the modalities: I, II, III, ad, ad III, and i. It was observed that the 1st region had the lowest coverage index (1,03), and the 4th region had the best result (5,74), both differing considerably from the total state index (2,12). Regarding the multidisciplinary teams, it was observed that the number of nurses (201) and other health professionals (448) numerically supplies the number of services, but that the number of doctors (60) is much lower than expected. It is worth mentioning that three regions do not have a registered psychiatrist on their staff, emphasizing the 12th region, which appears without any medical professional despite the existence of four services in its territory.

Conclusions: The distribution of CAPS in Paraíba is wide and satisfactory; however, few psychiatrists are working in these services.

Keywords: mental health services, psychosocial care model, psychiatry.

RESUMEN:

Introducción: Los Centros de Atención Psicosocial son el principal componente de la red extrahospitalaria dentro de la reforma asistencial en salud mental. Son un instrumento importante dentro de la asistencia territorial y comunitaria.

Objetivos: realizar un mapeo y el análisis de la

distribución de los Centros de Atención Psicosocial y sus equipos multidisciplinarios en el estado de Paraíba, a partir del enfoque de la regionalización. **Métodos:** estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizaron datos de la Coordinación de Salud Mental del estado de Paraíba, del Registro Nacional de Establecimientos de Salud y Recursos Humanos. Se calcularon tasas de cobertura para las 16 regiones de salud. Las Ordenanzas 336/2002 y 130/2012 del Ministerio de Salud sirvieron como base para los análisis sobre el número de profesionales por servicio. **Resultados:** Paraíba cuenta con 113 Centros de Atención Psicosocial distribuidos en las siguientes modalidades: I, II, III, ad, ad III e i. Se observó que la 1ª región tuvo el índice de cobertura más bajo (1,03) y la 4ª región obtuvo el mejor resultado (5,74), ambas muy diferentes del índice total del estado (2,12). En cuanto a los equipos multidisciplinarios, se observó que el número de enfermeros (201) y otros profesionales de la salud (448) suple numéricamente el número de servicios, pero el número de médicos (60) es muy inferior al esperado. Cabe señalar que tres regiones no cuentan con psiquiatras registrados en su plantilla, destacándose la 12ª región que aparece sin ningún profesional médico a pesar de la existencia de cuatro servicios en su territorio. **Conclusion:** La distribución de los CAPS en Paraíba es amplia y satisfactoria, sin embargo, con un número reducido de psiquiatras actuando en estos servicios.

Palabras clave: Servicios de salud mental, Modelo de atención psicosocial, Psiquiatría

Como citar: Oliveira RC, Medeiros HLV. Distribuição dos CAPS no estado da Paraíba, PB, Brasil. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2022; 12:1-16. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2022.v12.353>

Conflicto de intereses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, CNS

Recebido em: 22/07/2022

Aprovado em: 06/12/2022

Publicado em: 09/12/2022

Introdução

Até o final do século XIX, o tratamento dos transtornos mentais graves era guiado pela sintomatologia e pelo internamento hospitalar. Com o advento dos primeiros antipsicóticos, alguns pacientes começaram a apresentar resposta terapêutica e a possibilidade de tratar doenças graves em regime ambulatorial tornou-se real [1].

No Brasil, na esteira da reforma sanitária brasileira, surgiu na década de 80 a reforma da assistência em saúde mental. Nesse contexto, foi iniciado o desenvolvimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada pela rede de atendimento extra-hospitalar, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de psiquiatria, programa "volta para casa" e residências terapêuticas, além da rede hospitalar, formada pelas emergências psiquiátricas, hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos em hospital geral [2].

A política de saúde mental definiu a reorganização do fluxo de usuários dos serviços de saúde mental, que anteriormente eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos, passando a adotar um modelo que tem os CAPS como serviços estratégicos na organização da porta de entrada da rede de atenção ambulatorial. A proposta passa a ser a composição de uma rede de atenção integral, com um modelo de cuidado de base territorial, composto por equipes multiprofissionais [3].

A [Lei 10.216, de 06 de abril 2001](#), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a [Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde](#) estabelece que os CAPS devam constituir-se em modalidades de serviços definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e que as modalidades cumpram a mesma função no atendimento público em saúde mental e devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo [4]. Outra importante contribuição, veio através da [Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017](#), que fortaleceu a RAPS em todo território nacional [5]

O CAPS tem como tarefa a construção de uma rede de cuidados, que englobe diferentes equipamentos nas áreas de saúde, educação, direitos. Sendo assim, suas características são influenciadas por outros fatores

como a articulação com outros dispositivos de cuidado à saúde [6]. É composto por equipes multiprofissionais que podem incluir desde médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, até assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Há três modalidades de CAPS: I, II e III. O CAPS II se diferencia do I basicamente pela maior capacidade de atendimento e da obrigatoriedade do médico assistente ser psiquiatra (tal obrigatoriedade não existe no CAPS I). O CAPS III tem como grande diferencial funcionar durante 24 horas e poder realizar o internamento de pacientes. [7]

Como estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços a fim de viabilizar o acesso, a eficiência, a diminuição das desigualdades e produção de impactos positivos na vida da população, o Brasil utiliza o modelo de regionalização da política de saúde, objetivando superar a fragmentação da oferta de serviços de saúde por meio da cooperação entre municípios [8].

Sendo assim, a regionalização da saúde foi estabelecida em uma espécie de recorte territorial ou espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com características culturais, econômicas e sociais semelhantes e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados [9]. Nesse sentido, no estado da Paraíba, Brasil, foram criadas 16 regionais de saúde, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, dentre eles a atenção psicossocial [10].

No sentido de contribuir com essa discussão, realizamos o mapeamento da distribuição dos serviços de atenção psicossocial e das equipes multiprofissionais no Estado da Paraíba, PB, Brasil, a partir do enfoque da regionalização, de maneira a possibilitar a orientação de futuras ações de planejamento e gestão das políticas de saúde mental.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de recorte transversal, com abordagem quantitativa, visando mapear a distribuição regionalizada dos CAPS e das equipes multiprofissionais no estado da Paraíba.

A partir de contato telefônico, foi enviado para o e-mail [Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba](#) com a solicitação da quantidade total de CAPS e sua distribuição por modalidade em cada

uma das 16 regionais de saúde do estado. Além disso, foram utilizados dados públicos disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde ([DATASUS](#)), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde ([CNES](#)) e Recursos Humanos para o levantamento das equipes de saúde que compõem os CAPS do estado. Todos os dados coletados são referentes ao mês de junho de 2020.

O número de CAPS esperado para cada região foi calculado pela fórmula: nº CAPS/100.000 habitantes e o índice de cobertura, pela razão do número de CAPS observado pelo número de CAPS esperado, para a população residente na região de interesse.

Em relação às equipes de saúde, foram contabilizados 709 profissionais de nível superior de diversas formações. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizada a representação das principais especialidades de profissionais de nível superior envolvidas no cuidado à saúde mental.

Para as análises referentes à quantidade de profissionais, foram utilizadas como base as Portarias do Ministério da Saúde [336/2002](#) e [130/2012](#), que descrevem a composição das equipes mínimas por modalidade de CAPS [[4](#), [11](#)].

Os dados foram agrupados no programa Microsoft Office Excel 2010 e a descrição foi feita por meio de frequências relativas e absolutas, obtidas. Posteriormente foram construídos tabelas e gráficos para a melhor visualização dos achados.

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas, de acordo com a [Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde - CNS](#).

Resultados

A regionalização da saúde pode ser considerada como a busca da melhor disposição e distribuição espacial dos serviços, visando dar acesso da população às ações de saúde, com eficiência. São regiões geográficas com áreas específicas nas quais foram agrupados municípios limítrofes com diferenças relativas ao número de municípios, população e realidades socioeconômicas.

Dentro da atual política de saúde, os CAPS são dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. De acordo com

a Coordenação de Saúde Mental do estado, a Paraíba possuía em junho de 2020 um total de 113 CAPS distribuídos nas modalidades: CAPS I (71), CAPS II (9), CAPS III (5), CAPS ad (6), CAPS ad III (10) e CAPS i (12).

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos CAPS e da população em cada regional de saúde do estado, onde seguem também os dados referentes à comparação dos índices de cobertura CAPS/100.000 habitantes, calculados pela razão do número de CAPS existente pelo número de CAPS esperado para a população.

Tabela 1 – Taxas e índices de cobertura CAPS/100.000 habitantes comparando as regionais de saúde do estado da Paraíba, PB, Brasil (junho/ 2020)

Regional de saúde	População	Taxa de CAPS		Índice de cobertura
		Existente	Esperado	
25001 - 1ª Região	1.312.521	13,5	13,13	1,03
25002 - 2ª Região	306.906	6,5	3,07	2,12
25003 - 3ª Região	197.160	3,0	1,97	1,52
25004 - 4ª Região	113.150	6,5	1,13	5,74
25005 - 5ª Região	113.432	4,0	1,13	3,53
25006 - 6ª Região	237.568	5,0	2,38	2,10
25007 - 7ª Região	148.646	7,0	1,49	4,71
25008 - 8ª Região	118.439	4,0	1,18	3,38
25009 - 9ª Região	177.393	4,5	1,77	2,54
25010 - 10ª Região	117.399	3,5	1,17	2,98
25011 - 11ª Região	84.949	4,5	0,85	5,30
25012 - 12ª Região	176.022	2,0	1,76	1,14
25013 - 13ª Região	60.609	3,0	0,61	4,95
25014 - 14ª Região	152.330	4,5	1,52	2,95
25015 - 15ª Região	151.072	3,0	1,51	1,99
25016 - 16ª Região	550.531	10,5	5,51	1,91
Total	4.018.127	85,0	40,18	2,12

O cálculo do indicador CAPS/100.000 habitantes considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III e o CAPS ad III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPS i e CAPS ad dão cobertura a 100.000 habitantes; conforme demonstrado a seguir na Figura 1.

Figura 1 – Cálculo do indicador CAPS/100.000

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

Dentre as 16 regionais de saúde, observou-se que a 1ª região foi a que apresentou o menor índice de cobertura (1,03) e a 4ª região foi a que obteve o melhor resultado (5,74), ambas diferindo bastante do índice total do estado (2,12).

De acordo com as portarias [336/2002](#) e [130/2012](#), os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional [4, 11]. Cada modalidade deve possuir suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais na composição de suas equipes mínimas. A presença de equipes de saúde mental bem estruturadas é indispensável ao se tratar do resgate da condição de cidadão das pessoas com transtorno mental.

Na tabela 2 são apresentados os números de profissionais de nível superior lotados nos CAPS do estado. Eles foram categorizados conforme sua formação e distribuição nas Regionais de Saúde.

Tabela 2 – Profissionais de nível superior lotados nos CAPS do estado da Paraíba, PB, Brasil, por regional de saúde (junho 2020)

<i>Região / Profissão</i>	<i>1ª</i>	<i>2ª</i>	<i>3ª</i>	<i>4ª</i>	<i>5ª</i>	<i>6ª</i>	<i>7ª</i>	<i>8ª</i>	<i>9ª</i>	<i>10ª</i>	<i>11ª</i>	<i>12ª</i>	<i>13ª</i>	<i>14ª</i>	<i>15ª</i>	<i>16ª</i>	<i>Total</i>
Enfermeiro	54	1 1	8	5	10	3	12	8	7	13	11	3	5	13	11	27	201
Outras ocupações de nível superior	10 5	3 0	2 1	13	17	16	44	17	23	14	17	10	8	21	35	57	448
Psiquiatra	8	4	3	1	2	3	5	-	3	-	3	-	1	3	4	3	43
Clínico Geral	2	3	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	2	1	4	15
Outras especialidades médicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Total	16 9	4 8	3 2	19	29	22	61	26	33	29	31	13	14	39	51	93	709

Considera-se que, no geral, as equipes possuem características semelhantes: todos os CAPS devem ter pelo menos um médico psiquiatra e um enfermeiro, preferencialmente com formação em saúde mental, sendo acompanhados por outros profissionais de nível superior com exceção dos CAPS I, que não precisam necessariamente de um médico psiquiatra, podendo ser um neurologista ou um pediatra com formação em saúde mental, ou ainda dos CAPS ad e CAPS ad III que possuem um médico clínico a mais, que fica responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas.

Levando em consideração o quantitativo de 113 CAPS ativos na Paraíba, observou-se que a quantidade de enfermeiros (201) e de outros profissionais de saúde (448) supre numericamente a quantidade de serviços, mas que o número de médicos (60): psiquiatras, clínicos e outras especialidades; é bem inferior ao esperado para o estado.

A construção do Gráfico 1 se deu a partir da comparação entre a quantidade de profissionais médicos que atuavam nos CAPS do estado e o número de CAPS observado durante o mês de junho de 2020, ambos distribuídos em suas respectivas regionais de saúde.

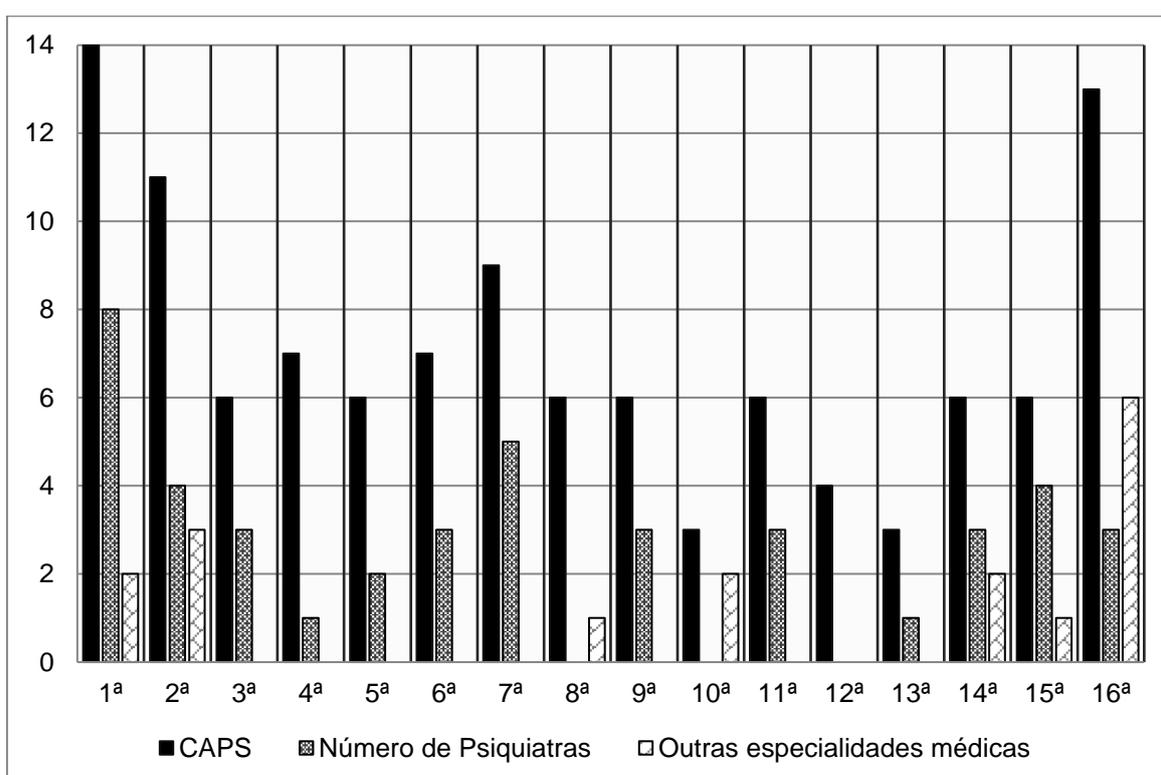


Gráfico 1 – Médicos lotados nos CAPS do estado da Paraíba, PB, Brasil, por regional de saúde (junho 2020)

De acordo com os achados, nenhuma nas regionais de saúde possui uma quantidade mínima adequada de profissionais médicos. A que mais se aproxima é a 15ª região que possui 6 CAPS, 4 psiquiatras e 1 clínico. Vale destacar que 3 regionais (8ª, 10ª e 12ª) não possuem nenhum psiquiatra registrado em seus quadros funcionais, com destaque para a 12ª região que aparece sem nenhum profissional médico apesar da existência de 4 CAPS em seu território.

Discussão

Os CAPS têm como objetivo prestar atendimento aos portadores de transtornos mentais graves e persistentes e àqueles cuja condição resulta da dependência ou do uso abusivo de álcool e outras drogas [12]. As estatísticas do Ministério da Saúde estimam que cerca de 3% da população possua transtornos mentais severos e que 6% façam uso abusivo, ou seja, dependente de substâncias psicoativas [13]. De acordo com essas informações, temos que a quantidade de usuários com indicação de acompanhamento nos CAPS da Paraíba seria por volta de 361.630, distribuídos pelas 16 regionais de saúde do estado.

Considerando que a classificação dos resultados dos índices feita pelo Ministério da Saúde [14, 15] utiliza os seguintes parâmetros de cobertura: muito boa (acima de 0,70), regular/boa (entre 0,50 e 0,69), regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), baixa (entre 0,20 e 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20); observou-se que os índices de cobertura CAPS/100.000 habitantes, no estado da Paraíba e em todas as suas regionais de saúde, apesar de apresentarem grandes variações, são considerados como muito bons.

Para análise crítica da oferta dos serviços, vale salientar que o índice de cobertura considera o quantitativo de CAPS, enquanto espaço físico, ficando subentendido que cada uma de suas modalidades (I, II, III, ad, ad III e i) seja composta por equipes de saúde de acordo com o esperado para cada perfil de serviço como previsto em Lei.

Como selecionamos previamente apenas os profissionais de nível universitário como população deste estudo, trabalhamos apenas com esse universo. De acordo com o previsto na legislação, o CAPS I deve ter em sua equipe mínima: 1 médico, 1 enfermeiro e 3 outros profissionais de nível superior; o CAPS II: 1 psiquiatra, 1 enfermeiro e 4 outros profissionais de nível superior; o CAPS III: 2 psiquiatras, 2 enfermeiros e 6 outros profissionais de nível superior; o CAPS i: 1 psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro e 4 outros profissionais de nível superior; o CAPS ad: 1 psiquiatra, 1 médico clínico, 1 enfermeiro e 4 outros profissionais de nível superior; e finalmente, o CAPS ad III: 1 psiquiatra, 1 médico clínico, 2 enfermeiros e 6 outros profissionais de nível superior [4, 11].

Sendo assim, a quantidade esperada de profissionais para compor as equipes de saúde de acordo com o quantitativo de serviços observados

(113) e considerando seus perfis seria de aproximadamente 673 profissionais de nível universitário, dispostos da seguinte forma: 134 médicos, 128 enfermeiros e 411 outros profissionais.

Verificamos que a quantidade de enfermeiros e de outros profissionais de saúde está legalmente adequada, porém o número de médicos está muito aquém do mínimo necessário para o estado.

O destaque dado a 8ª e 10ª regionais, ambas situadas no alto sertão paraibano, por não possuírem nenhum psiquiatra registrado em seus quadros, se justifica pela exigência das modalidades de serviços existentes nesses territórios. A 8ª região comporta 6 CAPS, sendo 5 do tipo I e 1 do tipo ad III, mas possui apenas 1 clínico. A 10ª região apresenta 1 CAPS III, 1 CAPS ad e 1 CAPS ad III, fato que demanda pelo menos 4 psiquiatras e 2 clínicos na composição das equipes, mas o território só conta com os 2 clínicos.

Já a 9ª região, vizinha da 8ª e 10ª, situada no extremo ocidental do estado, nos apresenta números um pouco melhores. Considerando as modalidades de serviços de sua área (CAPS I: 3, II: 1, i: 1 e o ad: 1) a demanda seria de 7 médicos, sendo desses pelo menos 3 psiquiatras. A região consegue atingir a quantidade mínima de psiquiatras, porém esses são os únicos profissionais médicos registrados nas equipes desse território.

Pelo que foi observado, o déficit de profissionais médicos não seria apenas uma característica presente nas regiões mais distantes da capital, que está localizada no outro extremo do estado. A 4ª região, localizada no agreste paraibano, retratada pelo melhor índice de cobertura (5,74), precisaria de 5 psiquiatras e 3 clínicos, mas 1 único psiquiatra faz parte da composição das equipes dessa região que possui 2 CAPS I, 2 CAPS II, 2 CAPS i e 1 CAPS ad III. E para finalizar, a 12ª região, destacada por não possuir nenhum profissional médico apesar da existência de 4 centros em seu território, que está situada no brejo paraibano e é vizinha da 1ª região de saúde, onde se localiza João Pessoa.

O debate sobre a regionalização na saúde mental ganhou muita força nos últimos anos e há uma maior tendência à interiorização da assistência em saúde mental para municípios de médio e pequeno portes. Contudo, os vazios assistenciais em saúde mental detectados podem ser consequência do subfinanciamento do setor público, além da dificuldade de colaboração entre os municípios que estariam sempre em conflito e competição [8].

Esse é um aspecto preocupante do processo rumo à universalização da cobertura efetiva de saúde mental no estado e demanda mais investigação.

Uma das possíveis explicações para o déficit de psiquiatras pode residir na tendência de aglomeração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos [16], com conseqüente escassez em cidades do interior, mesmo as mais próximas da capital João Pessoa. A escassez compromete seriamente a qualidade da assistência ofertada, visto a atuação do psiquiatra ser crucial em várias situações na rotina dos CAPS, como manejo de crise, adequada elaboração diagnóstica com conseqüente direcionamento terapêutico. A falha em alguma dessas etapas por falta de profissionais pode comprometer seriamente o prognóstico de algumas condições clínicas atendidas nos CAPS. Por exemplo, como acompanhar adequadamente os casos de esquizofrenia resistente, que demandam uso de clozapina, sem a adequada assistência psiquiátrica?

O estudo tem algumas limitações: Primeiramente, utilizou de uma metodologia relativamente simples, avaliando dados oficiais e se debruçando sobre a distribuição dos CAPS em todo o estado, bem como avaliando as equipes inseridas nestes serviços. Contudo, pesquisas deste tipo, avaliando distribuição de serviços da RAPS, com adequada presença ou não de psiquiatras, são raros na literatura médica - especialmente em psiquiatria brasileira. Deste modo, entende-se que o escopo pouco usual da pesquisa pode suplantar tal limitação. Outra limitação reside no fato de que não foi possível avaliar a qualidade dos atendimentos, se há demora entre uma consulta e outra, se as oficinas terapêuticas ofertadas proporcionam melhoras sintomatológicas, como da cognição, humor ou aumento do intervalo entre crises nas doenças crônicas. Apesar de serem parâmetros relevantes, não foram objeto do trabalho em questão e escapam à metodologia utilizada.

Como pontos estratégicos do cuidado a esses usuários, os CAPS precisam ser compostos por equipes multiprofissionais que atuem de forma interdisciplinar, já que esses espaços devem oferecer oportunidades às pessoas com transtorno mental de atingir o seu nível potencial máximo de funcionamento independente [17, 18]

A regionalização implantada no estado da Paraíba, cujo intuito seria o de compor regiões de saúde, com grau de suficiência para garantir organização e operacionalização, tanto em termos de cobertura e acesso como com ações de saúde compatíveis com as necessidades de saúde da

população, ainda tem um longo caminho a ser percorrido na direção do desenvolvimento da capacidade resolutiva assistencial de cada região.

Vale salientar que a adequação das equipes de saúde à capacidade instalada de serviços seria apenas o primeiro passo, considerando que o estado já avançou bastante em relação aos índices de cobertura. E que questionamentos acerca dos resultados alcançados pelas ações promovidas por esse modelo de cuidado e atenção à saúde mental ainda precisam ser respondidos.

Conclusões

Conclui-se que apesar do índice de cobertura dos CAPS na Paraíba ser considerado muito bom, o quantitativo de profissionais médicos (psiquiatras) é muito inferior ao necessário para a composição das equipes de saúde mental, como previsto em Lei. Esse é um aspecto que pode dificultar processo de territorialização rumo a uma cobertura efetiva, não sendo possível associar boa cobertura a excelência na assistência ofertada. Pesquisas que venham a se debruçar sobre aspectos qualitativos da assistência poderão fornecer resultados alvissareiros quanto a este aspecto.

Referências

1. Pitiá ACA, Furegato ARF. O acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009. [cited 2018 June 02]. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300007>
2. Melo AMC. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Cad Brasil Saúde Mental. [Internet]. 2012. [cited 2018 June 02]. <http://stat.ijie.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2127>
3. Gonçalves VM, Candiago RH, Saraiva SS, Lobato MIR, Belmonte-de-Abreu PS. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. Rev psiquiatr Rio Gd Sul. [Internet]. 2010. [cited 2018 May 24]. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000100003>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. [Internet]. 2002. [cited 2018 May 24]. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
5. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União 2017; 22 dez. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
6. Silva GM, Zanini DS, Rabelo IVM, Pegoraro RF. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2015 Dez. [cited 2018 June 03]. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt
7. Ferreira GS, Moro LM, Rocha KB. Análise dos pressupostos do paradigma psicossocial nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na perspectiva de profissionais. Cienc. Psicol. [online]. 2022;16(2) <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2225>

8. Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde soc.* [Internet]. 2017. [cited 2018 Apr 20]. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12. [Internet]. 2015. [cited 2018 Apr 20]. <https://goo.gl/ULv73a>
10. Paraíba. Secretaria Estadual de Saúde. Plano estadual de saúde 2016/2019. [Internet]. 2016. [cited 2020 jan. 28]. www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PB_Plano%20Estadual%20de%20Saude%202016_2019.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 130/GM, de 26 de janeiro de 2012. [Internet]. 2002. [cited 2019 May. 30]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União.* [Internet]. 2001. [cited 2020 June. 28]. www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretrizes assistenciais para saúde mental na saúde suplementar. [Internet]. 2008. [cited 2020 June 28]. www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e indicador CAPS/100.000 habitantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CAPS_311009.pdf
15. Brasil, Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de

Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf

- ↑ 16. Demografia médica no Brasil 2020. SÃO PAULO: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Federal de Medicina, 2020. 311p.
https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9D_EZ.pdf
- ↑ 17. Leão A. O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
<https://doi.org/10.11606/T.7.2010.tde-13012011-155649>
- ↑ 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. [Internet]. 2013. [cited 2020 June 26].
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html