

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA PAES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: proposta de modelo lógico e indicadores**

BRASÍLIA
2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA PAES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: proposta de modelo lógico e indicadores**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva (Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Thiago Figueiredo de Castro

BRASÍLIA
2025

BRUNA PAES DE OLIVEIRA

**ESTRATÉGIA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: proposta de modelo lógico e indicadores**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

APROVADO EM: 26/03/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant de Carvalho (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a Denise de Lima Costa Furlanetto (Membro Interno)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Marcelo Pedra Martins Machado (Membro Externo)
Fiocruz Brasília

Prof^a. Dr^a. Verônica Cortez Ginani (Suplente)
Universidade de Brasília

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, em memória e coração, que é e sempre será meu maior exemplo e inspiração. Agradeço pelo seu amor transbordante, por todo o seu carinho, pelo zelo, pelas abdicções, pela dedicação e por todos os esforços que fez para me criar e educar. Eu jamais chegaria até aqui, ou a qualquer lugar, se não fosse por você. Você segue vivendo em mim e em todas as coisas boas que eu faço.

Ao David, meu amor e cúmplice, que compartilha todas as coisas da vida comigo e vem me apoiando desde antes do vestibular. Foi ele quem me mostrou o curso de Saúde Coletiva como uma opção, e eu nem imaginava todas as transformações que viriam a acontecer a partir daí. Obrigada pela presença, pelo incentivo, pela segurança. Junto com você, agradeço à Pandora e à Medusa, nossas bichinhas, pelo carinho sem fim.

À Bianca, minha irmã, pelo cuidado de irmã mais velha e por estar sempre de braços abertos para mim. Ao Pietro e à Alice, meus sobrinhos — simplesmente as melhores coisas do universo — por seguirem ressignificando toda a minha vida.

Ao Pedro, meu amigo e irmão sanitarista da graduação, que ingressou comigo no mestrado e dividiu todo esse processo, com muita troca, apoio, conversa e alguns surtos. Eu nem imagino como seria passar por isso sem você.

À Milena, minha amiga e grande presente que a UnB e a Sala de Situação me proporcionaram. Agradeço muito por toda a sintonia orgânica, pelo acolhimento, pelos papos, pelos reviews de bibliotecas e, mais do que tudo, por verdadeiramente me encorajar nas inúmeras vezes em que estive travada no desenvolvimento desta dissertação.

Ao Jonas, meu orientador, pela grande parceria que construímos nos últimos anos de trabalho, pela confiança em mim e pelas oportunidades que me proporcionou. Fazer parte da Sala de Situação, liderar o projeto Epi-RIDE e estar em sala de aula foram experiências muito importantes para o meu desenvolvimento. Agradeço por tudo o que aprendi com você e pelo espaço que busca e oferece para a galera da Saúde Coletiva.

Ao Thiago, meu coorientador, por toda a disposição, troca de ideias e paciência nesse percurso.

Ao Alisson Bolina e Marília Pereira pelo apoio e ajuda na realização da revisão de escopo.

Aos professores Marcelo Pedra e Denise Furlanetto, duas grandes referências para mim desde a graduação, por aceitarem participar da defesa e arguição deste trabalho e pelas ótimas contribuições.

Não esqueça que tem poder para mudar o mundo
Você tem poder para mudar o mundo.
— BaianaSystem

RESUMO

OLIVEIRA, B. P. **Estratégia de monitoramento e avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial**: proposta de modelo lógico e indicadores. 2025. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2025.

O Brasil possui uma Política Nacional de Saúde Mental instituída desde 2001, pautada no modelo de atenção psicossocial e tendo como princípios o respeito aos direitos humanos, a valorização da participação social, a promoção da cidadania e a garantia do acesso universal aos serviços. A Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2011, compõe a política nacional como estratégia de integração e articulação de serviços e ações de saúde mental nos três níveis de atenção, de forma coordenada e resolutiva. Este estudo adotou uma abordagem metodológica dividida em duas etapas principais e complementares. A primeira etapa envolveu a realização de uma revisão de escopo nas bases LILACS, PubMed, Web of Science e Scopus, com o objetivo de mapear a literatura sobre indicadores de estrutura, processo e resultados aplicáveis ao monitoramento da Rede de Atenção Psicossocial. Os indicadores identificados foram categorizados à luz do framework PHCM da OMS, nas subdimensões de governança, financiamento, força de trabalho, infraestrutura, resilientes, acesso e disponibilidade, e cobertura. A segunda etapa consistiu na construção de um modelo lógico para a RAPS, elaborado a partir da análise documental e de conteúdo de normas, relatórios técnicos, portarias e diretrizes ministeriais, que organizam a estrutura da rede. Essa fase buscou compreender e mapear todos os componentes da RAPS, seus processos e a lógica causal que sustenta seu funcionamento, resultando na identificação de 13 componentes e 17 subcomponentes. Posteriormente, indicadores foram alinhados ao modelo lógico, compondo uma proposta integrada de monitoramento e avaliação da rede. A proposta resultou um conjunto de 64 indicadores, sendo 32 de estrutura, 24 de processos e produtos e 8 de resultados e impactos. A proposta reforça a importância de instrumentos de monitoramento que não apenas avaliem a oferta de serviços, mas as dimensões de gestão e governança. Este trabalho contribui, portanto, para o fortalecimento do planejamento, do monitoramento e da gestão da Rede de Atenção Psicossocial, oferecendo ferramentas que podem apoiar a gestão e subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências. Os resultados obtidos reforçam o papel central da Rede de Atenção Psicossocial na consolidação da política pública de saúde mental, promovendo o cuidado em liberdade e a garantia dos direitos de cidadania às pessoas em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental; Atenção Psicossocial; Monitoramento; Avaliação de programas; Indicadores.

ABSTRACT

OLIVEIRA, B. P. **Monitoring and evaluation strategy for the Psychosocial Care Network**: a proposal of a logic model and indicators. 2025. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2025.

Brazil has had a National Mental Health Policy in place since 2001, based on the psychosocial care model and guided by the principles of respect for human rights, the promotion of social participation, the advancement of citizenship, and the guarantee of universal access to services. The Psychosocial Care Network, established in 2011, is part of the national policy as a strategy for the integration and coordination of mental health services and actions across the three levels of care, in a coordinated and effective manner. This study adopted a methodological approach divided into two main and complementary stages. The first stage involved conducting a scoping review in the LILACS, PubMed, Web of Science, and Scopus databases, aiming to map the literature on structure, process, and outcome indicators applicable to the monitoring of the Psychosocial Care Network. The identified indicators were categorized based on the WHO Primary Health Care Measurement (PHCM) framework, across the subdimensions of governance, financing, workforce, infrastructure, resilience, access and availability, and coverage. The second stage consisted of the construction of a logical model for the Psychosocial Care Network, developed through documentary and content analysis of regulations, technical reports, ordinances, and ministerial guidelines that organize the network's structure. This phase aimed to understand and map all components of Psychosocial Care Network, its processes, and the causal logic that underpins its operation, resulting in the identification of 13 components and 17 subcomponents. Subsequently, indicators were aligned with the logical model, forming an integrated proposal for monitoring and evaluating the network. The proposal resulted in a set of 64 indicators: 32 related to structure, 24 to processes and outputs, and 8 to outcomes and impacts. The proposal reinforces the importance of monitoring tools that not only assess service provision but also the dimensions of management and governance. This work thus contributes to strengthening the planning, monitoring, and management of the Psychosocial Care Network, offering tools that can support administration and inform evidence-based decision-making. The results obtained underscore the central role of the Psychosocial Care Network in consolidating public mental health policy, promoting care in freedom, and ensuring citizenship rights for individuals experiencing psychological distress.

Keywords: Psychosocial Care; Mental Health Services; Monitoring; Program Evaluation; Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura básica do modelo lógico.....	29
Figura 2 – Estrutura do framework PHCM.....	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS.....	17
Quadro 2 – Composição da RAPS segundo componente e ponto de atenção.....	20
Quadro 3 – Componentes do modelo lógico.....	28
Quadro 4 – Etapas e processos envolvidos na condução da análise documental.....	33
Quadro 5 – Documentos utilizados para elaboração do modelo lógico.....	33
Quadro 6 – Fases da análise de conteúdo para construção do modelo lógico da RAPS.....	34
Quadro 7 – Etapas da construção do modelo lógico e indicadores da RAPS.....	35
Quadro 8 – Síntese metodológica do estudo.....	35
Quadro 9 – Resumo dos componentes, processos e resultados do modelo lógico da RAPS.....	51
Quadro 10 – Descrição das dimensões e indicadores do modelo lógico da RAPS.....	53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Álcool e drogas
APS	Atenção Primária à Saúde
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Coletivo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CeCo	Centros de Convivência e Cultura
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
Covid-19	<i>Coronavirus Disease 2019 (do inglês)</i>
CT	Comunidade Terapêutica
e-SUS APS	Sistema e-SUS Atenção Primária
EAP-Desinst	Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei
eCR	equipes de Consultório na Rua
eMulti	Equipes Multiprofissionais na APS
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
JBÍ	Joanna Briggs <i>Institute</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PHCM	<i>Primary Health Care Measurement</i>
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Plano Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta pra Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAAS-PS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SAIPS	Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema Nacional de Cadastros de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informação Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informações para a Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.2 OBJETIVOS.....	14
1.2.1 Objetivo Geral.....	14
1.2.2 Objetivos Específicos.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	15
2.2 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E INDICADORES DE SAÚDE.....	21
2.3 MODELO LÓGICO NO CONTEXTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	30
3.1 REVISÃO DE ESCOPO SOBRE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	31
3.2 ANÁLISE DOCUMENTAL E CATEGORIZAÇÃO DOS COMPONENTES DA RAPS.....	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
4.1 MAPEAMENTO DE INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	37
4.2 PROPOSTA DE MODELO LÓGICO E INDICADORES PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICE A - Modelo lógico da Rede de Atenção Psicossocial.....	67
APÊNDICE B - Indicadores do modelo lógico da RAPS.....	73

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser compreendida como um processo dinâmico de construção social, cultural e histórica, o qual está relacionado à capacidade do indivíduo de lidar com adversidades do cotidiano, suas emoções, pensamentos e comportamentos, além de se relacionar com os outros e com o mundo ao seu redor, mantendo-se ativo e produtivo (Amarante, 2007; WHO, 2021). Nesse sentido, a saúde mental não se restringe apenas à ausência do adoecimento mental, mas envolve a integração do bem-estar emocional, psicológico e social. Os serviços de saúde mental são unidades de acolhimento e atendimento a pessoas em situação de sofrimento mental por transtornos mentais ou pelo uso de álcool e outras drogas inseridos no território (Quinderé; Jorge; Franco, 2014).

A atenção psicossocial, por sua vez, é uma abordagem que busca promover a transformação dos modelos de atenção à saúde mental, de modo a garantir uma assistência mais humanizada, inclusiva e participativa, objetivando superar a estrutura manicomial e asilar (Amarante, 2007). A atenção psicossocial enfatiza a importância de se considerar o sujeito em sua integralidade, respeitando suas diferenças e singularidades, além de incentivar a participação ativa dos usuários na construção do cuidado em saúde mental (Amarante, 2007; Quinderé; Jorge; Franco, 2014).

A saúde mental tem recebido atenção pois os transtornos mentais já se apresentam como a principal causa de incapacidade no mundo, sendo a depressão e ansiedade as mais comuns e prevalentes (WHO, 2021). Em 2019, antes da pandemia de Covid-19, quase um bilhão de pessoas ao redor do mundo sofria com pelo menos um transtorno mental, período em que 1 a cada 100 mortes teve o suicídio com causa (WHO, 2021). Com relação ao uso excessivo de drogas, o consumo de álcool, maconha, opioides e sintéticos tem apresentado aumento significativo (Owens, Smalling, Fitzpatrick, 2021).

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030 da Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um conjunto de quatro objetivos prioritários, sendo eles: 1) fortalecer a liderança e governança eficazes para a saúde mental; 2) fornecer serviços comunitários abrangentes; 3) implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental; 4) fortalecer os sistemas de informação, evidência e a

pesquisa (WHO, 2021). Tais objetivos visam a melhoria dos sistemas de saúde mental, qualificação da assistência, garantia de acesso e redução dos transtornos e agravos mentais.

O Brasil possui uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) instituída desde 2001 (Brasil, 2001). Idealmente, a PNSM foi pautada no modelo de atenção psicossocial e definiu diretrizes e ações voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com transtornos mentais no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios o respeito aos direitos humanos, a valorização da participação social, a promoção da cidadania e a garantia do acesso universal aos serviços de saúde mental por meio da implementação de serviços de base comunitária (Brasil, 2001; 2005). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desde 2011, compõe a PNSM como estratégia de integração e articulação de serviços e ações de saúde mental dos três níveis de atenção forma coordenada e resolutiva (Brasil, 2011; 2017a).

A RAPS é operacionalizada por sete componentes, os quais compreendem os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), atenção especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar, residências transitórias, residências terapêuticas e estratégias de desinstitucionalização e reinserção social, como programa de repasse financeiro (BRASIL, 2011; 2023). Recentemente a PNSM sofreu com mudanças estruturais da diminuição do financiamento da saúde e da reorganização dos serviços, como o incremento da participação de leitos psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CT) (Brasil, 2017a; Almeida, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Entende-se que, para o Brasil alcançar os objetivos do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030, é necessário avaliar a política existente, identificar lacunas e possibilidades e propor recomendações de melhoria. Atualmente não existem indicadores institucionalizados que permitam o monitoramento e avaliação sistemáticos da RAPS e PNSM de forma abrangente, embora a literatura apresente alguns estudos sobre o tema (Almeida, 2002; Furtado *et al.*, 2013; Dantas, 2014; Lima *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2021).

Assim, diante da necessidade de monitorar e avaliar o sistema de saúde mental, este estudo se propõe a elaborar uma estratégia de monitoramento e

avaliação para a RAPS, a partir da construção de um modelo lógico e definição de indicadores estratégicos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Elaborar uma estratégia de monitoramento e avaliação para a Rede de Atenção Psicossocial baseada em modelo lógico e indicadores estratégicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Levantar os componentes, estruturas, processos e resultados envolvidos na organização e funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial;
- Construir o modelo lógico da Rede de Atenção Psicossocial;
- Definir indicadores para monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil configura um processo de luta política e social, envolvendo diferentes forças e atores – trabalhadores da saúde mental, pacientes e familiares, sindicatos, associações, parlamentares – e que busca a superação e substituição do modelo de assistência hospitalar manicomial e asilar para pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005). Os esforços do movimento da RP para discussão dos direitos de pacientes psiquiátricos datam da década de 1970 (Brasil, 2005; Onocko-Campos; Furtado, 2006).

Nesse contexto, em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), influenciado pelas ideias de Franco Basaglia e pela experiência italiana de desinstitucionalização (Amarante, 2007). O MTSM buscava denunciar as condições precárias dos hospitais psiquiátricos, as práticas de violência institucionalizada e a mercantilização do sofrimento mental, propondo um novo modelo de cuidado em saúde mental (Amarante, 2007; Yasui; Costa-Rosa, 2008).

Em 1987, ocorreu em Bauru-SP o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que resultou no Manifesto de Bauru, carta que trazia o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e ampliou o movimento para além de profissionais, passando a envolver usuários e familiares (BRASIL, 2005). Neste período algumas experiências institucionais alternativas ao modelo manicomial surgiram (Brasil, 2005). Entre 1986 e 1987 houve a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, experiência pioneira que inspirou o modelo dos CAPS posteriores e do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), ambos no estado de São Paulo. Em 1989 a intervenção do manicômio Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, culminou na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), precursores dos CAPS III (atendimento de 24 horas), além da promulgação da primeira Lei Municipal Antimanicomial do Brasil, também em Santos (BRASIL, 2005). Segundo Nicácio e Campos (2004), essas experiências se tornaram referência nacional ao mostrar a viabilidade de um modelo de atenção psicossocial territorial e comunitário, inspirando outras iniciativas pelo país.

Ainda em 1989, o Deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei Nº 3.657/89, propondo a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, que passou por longa tramitação e debates. Após 12 anos, foi aprovada a Lei Federal Nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei, embora não determinasse o fechamento imediato dos hospitais psiquiátricos, instituiu a Política Nacional de Saúde Mental, redirecionou o modelo assistencial e estabeleceu a garantia e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2001; Brasil, 2005).

Assim, passou a se priorizar uma atenção integral, humanizada e descentralizada, baseada na construção de uma rede de atenção em saúde mental articulada com os demais serviços de saúde do SUS, iniciando a transição dos hospitais e leitos psiquiátricos por uma rede integrada de serviços de saúde mental de base comunitária (Brasil, 2001; Brasil, 2005). Nesse cenário, ainda em 2000 foi instituída a Portaria Nº 106, que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental para pacientes de internação de longa permanência (Brasil, 2000; Brasil, 2005). Em 2002 são instituídos os CAPS I, II, III, infanto-juvenil e AD (álcool e drogas), definidos como os serviços de base comunitário prioritários na atenção à saúde mental (Brasil, 2002). Na sequência, em 2003, é lançado o Programa de Volta pra Casa (PVC), com auxílio-reabilitação para pacientes egressos de longas internações (Brasil, 2003; Brasil, 2005).

Trapé e Campos (2017) afirmam que este período foi caracterizado pela expansão significativa dos CAPS no país, passando de 295 unidades em 2001 para mais de 1.600 em 2010. Os CAPS são unidades de saúde que ofertam serviços de nível ambulatorial destinados a pessoas com qualquer sofrimento ou transtorno mental e/ou quadro de dependência de uso de drogas, como álcool, crack, dentre outras, sendo organizado por modalidade de serviço de acordo com critérios populacionais, horário de funcionamento e faixa etária. Essas unidades devem oferecer atendimento humanizado e cuidado integral e subjetivo por meio de equipe multiprofissional especializada. Além disso, seguindo os preceitos da RP, os CAPS atuam prevendo a cidadania, a autonomia e a inserção social.

Ao fim de 2011 foi então publicada a Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), instituindo a RAPS como modelo a ser operacionalizado para a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde mental (Brasil, 2011; 2017a). A RAPS é uma das Redes de Atenção à Saúde (RAS) temáticas prioritárias do SUS, devendo se orientar a responsabilidade compartilhada pela integralidade do cuidado, horizontalidade na relação entre os serviços e comunicação centrada na APS (Mendes, 2010; Brasil, 2017a). As RAS seguem o preceito de regionalização que orienta o SUS e funcionam predominantemente na lógica de regiões de saúde e não apenas de municípios isolados. Elas são definidas pelos gestores estaduais em articulação com os municípios, considerando identidades culturais, econômicas e sociais, redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados (Brasil, 2010).

Com a RAPS, tem-se a reconfiguração da atenção à saúde mental e expansão de serviços, agora organizados em rede. Assim, passaram a compor a RAPS serviços de atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, residência transitória, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2011).

Entre esses serviços, ou pontos de atenção, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Consultório na Rua (eCR), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centros de Convivência e Cultura (CeCo), Unidades de Acolhimento (UA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e PVC (BRASIL, 2011; 2017). O Quadro 1 abaixo apresenta os componentes e serviços de atenção da RAPS.

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS

Componente	Ponto de atenção
Atenção primária	UBS, eSF, equipes de populações específicas, NASF e Centros de Convivência.
Atenção especializada	CAPS I, III, II, i e AD.
Atenção hospitalar	Leitos de saúde mental em hospitais gerais.
Atenção de urgência e emergência	SAMU, UPA e Salas de estabilização.
Atenção residencial de	UA infantil e adulto.

Componente	Ponto de atenção
caráter transitório	
Estratégias de desinstitucionalização	SRT, Programa de Volta pra Casa.
Reabilitação psicossocial	Cooperativas e empreendimentos sociais de geração de renda e trabalho.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

A PNSM e a RAPS são instrumentos de mudança de paradigma do modelo de atenção psicossocial. No entanto, sofrem com a complexidade da questão da saúde mental pois os transtornos mentais são estigmatizados, muitas vezes envolve o uso de álcool e outras drogas, os profissionais são sobrecarregados, a rede em geral não é articulada e há baixo financiamento. Além disso, exige o trabalho intra e intersetorial, com o envolvimento da educação, justiça, segurança pública, assistência social e cultura, por exemplo (Scheffer; Silva, 2014; Tãno; Matsukura, 2019).

A partir de 2016, com um cenário político mais conservador, surgem algumas mudanças controversas na RAPS, caracterizada por especialistas como um processo de “contrarreforma psiquiátrica” (Guimarães; Rosa, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). A Resolução CIT Nº 32/2017 e a Portaria Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 são os marcos e passos iniciais dessas modificações, apresentadas como novas diretrizes para o funcionamento da RAPS. Estas passam a prever a inserção, implementação e financiamento de hospitais psiquiátricos, hospitais dia, equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, uma nova modalidade de CAPS AD IV e o fortalecimento das CT (Brasil, 2017b; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Enquanto os CAPS AD IV tem caráter hospitalar e as equipes especializadas resgatam os moldes de ambulatorios psiquiátricos, as CT são instituições de acolhimento residencial para pessoas em uso problemático de álcool e drogas, que atuam o como casas de internação e podem ser cofinanciadas pelo Estado e instituições religiosas (Guareschi; Fossi, 2015; Ribeiro; Minayo, 2015). As CT têm como pilares o trabalho, a disciplina e espiritualidade, a partir da abstinência e isolamento social, práticas contrárias à PNSM (Guareschi; Fossi, 2015; Santos, 2018). Ademais, as CT não são serviços de saúde, mas unidades de atendimento

sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social, como parte da política antidrogas (Brasil, 2023).

Vale ressaltar que originalmente, a PNSM previa a implementação de serviços de base comunitária e territorial sobre os hospitais, com preservação da liberdade e autonomia (Brasil, 2001). Porém, ainda em 2019, a Nota Técnica N° 11/2029 do MS aprofundava essa tendência, incentivando a compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia e reorientando a política sobre drogas para o paradigma da abstinência, em detrimento da redução de danos (Brasil, 2019). Além disso, afirmava não haver serviços substitutivos no contexto da RAPS.

Dados do Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei N° 10.216/01 do Desinstitute (2021) corroboram com as iniciativas do MS. O painel retrata que em 2020, a cobertura de CAPS habilitados era cerca de 70% da população brasileira, indicando um crescimento desde 2002, especialmente para as cidades menores (Desinstitute, 2021). No entanto, a rede enfrentou desafios e passou por enfraquecimento até 2023. Houve diminuição na implantação de novos CAPS a partir de 2017 e suspensão temporária do financiamento de custeio aos CAPS em 2018 (Desinstitute, 2021).

Ainda em meio a estes entraves, de 2017 a 2021, o MS por meio da Área Técnica de Saúde Mental, suspendeu a publicação do Saúde Mental em Dados, documento eletrônico regularmente publicado de 2006 a 2015, que apresentava informações gerais sobre os serviços de saúde mental do SUS, desinstitucionalização e financiamento. Tais informações possibilitavam aos gestores tanto acompanharem a situação dos serviços quanto tomarem decisões.

A partir de 2023, com a mudança de governo, iniciou-se um processo de reconstrução da política de saúde mental alinhada aos princípios originais da RP. A Portaria GM/MS N° 757 de 2023 que revogou a Portaria N° 3.588 de 2017 e alterou o Anexo V da Portaria de Consolidação N° 3 de 2017, teve um valor simbólico importante com o reconhecimento oficial do desvio de rumo dos anos anteriores.

Além da retomada, outras iniciativas para o fortalecimento da RAPS foram instituídas. A Portaria GM/MS N° 4.876 de 2024 cria a Equipe de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno

Mental em Conflito com a Lei (EAP-Desinst) e a Portaria GM/MS Nº 5.738 de 2024 formaliza os CeCo no âmbito da RAPS, uma vez que estes normalmente eram espaços vinculados à assistência social.

Quadro 2 – Composição da RAPS segundo componente e ponto de atenção

Componente	Ponto de Atenção	Descrição
Atenção primária	equipes APS e eSF	Equipes multiprofissionais que atuam nas UBS com enfoque territorial e longitudinalidade do cuidado. Realizam ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, incluindo atenção à saúde mental e ao uso de substâncias, articulando-se com os CAPS e outros pontos de atenção da RAPS.
	eMulti/NASF	Equipe multiprofissional que apoia as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica, oferecendo suporte técnico especializado. Atua no apoio matricial, qualificação do cuidado em saúde mental e suporte no manejo de transtornos mentais e uso de substâncias.
	eCR	Equipe itinerante que presta atendimento à população em situação de rua, oferecendo cuidados em saúde geral e mental. Desenvolve ações de redução de danos para usuários de álcool, crack e outras drogas, articulando-se com outros serviços da rede.
	equipe de Apoio à SRT	Equipe que presta suporte clínico a serviços de acolhimento temporário para pessoas em vulnerabilidade social e com necessidades em saúde mental. Atua na coordenação do cuidado e na articulação com a rede de saúde.
	CeCo	Espaço comunitário para promoção de sociabilidade, cultura e inclusão social de pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias. Atua na construção de vínculos e na participação social em territórios urbanos.
Atenção especializada	CAPS I	Atendimento a transtornos mentais e uso de substâncias em municípios com mais de 20 mil habitantes, funcionando em horário comercial.
	CAPS II	Atendimento ampliado para transtornos mentais e uso de substâncias, com funcionamento de 8h a 18h, em municípios com mais de 70 mil habitantes.
	CAPS III	Atendimento intensivo para transtornos mentais graves, funcionando 24 horas, com acolhimento noturno e suporte a outros serviços da rede. Indicado para municípios com mais de 200 mil habitantes.
	CAPS AD	Atendimento especializado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, em municípios com mais de 70 mil habitantes.
	CAPS AD III	Atendimento intensivo para usuários de álcool e drogas, com funcionamento 24h e até 12 leitos para observação e monitoramento, indicado para municípios com mais de 200 mil habitantes.

Componente	Ponto de Atenção	Descrição
	CAPS i	Atendimento especializado para crianças e adolescentes com transtornos mentais e uso de substâncias, em municípios com mais de 150 mil habitantes.
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em hospital geral	Leitos hospitalares para internação de curta duração de pessoas em crises graves de transtornos mentais ou abstinência/intoxicação por substâncias. Integrado à RAPS, com encaminhamento prioritário pelo CAPS.
	Serviço Hospitalar de Referência	Internação de curta duração para usuários com transtornos mentais graves ou comorbidades psiquiátricas, enquanto a rede substitutiva se estrutura.
Atenção de urgência e emergência	UPA	Atendimento de urgência e emergência em saúde mental, estabilizando crises psíquicas e intoxicações por substâncias. Articula-se com CAPS e hospitais gerais para encaminhamentos.
	SAMU	Atendimento pré-hospitalar móvel para casos psiquiátricos graves e emergências relacionadas ao uso de substâncias, com transporte adequado para unidades de referência.
	Sala de Estabilização	Estrutura localizada em unidades de pronto atendimento ou hospitais para estabilização de crises psiquiátricas graves antes do encaminhamento para um serviço definitivo.
Residência transitória	UA infantil	Acolhimento para maiores de 18 anos com histórico de uso de substâncias e vulnerabilidade social.
	UA adulto	Acolhimento para adolescentes e jovens até 18 anos, com suporte e acompanhamento terapêutico.
Estratégias de desinstitucionalização	SRT	Moradias comunitárias para pessoas egressas de internações psiquiátricas prolongadas, promovendo autonomia e reintegração social.
	PVC	Política de reinserção social para egressos de internações psiquiátricas prolongadas, com auxílio financeiro para suporte à reabilitação psicossocial.
	EAP-Desinst	Equipe responsável por avaliar e acompanhar medidas terapêuticas aplicadas a pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas e empreendimentos sociais	Estratégia de inclusão social por meio da geração de trabalho e renda, com articulação entre redes de saúde mental e economia solidária.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

2.2 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E INDICADORES DE SAÚDE

O monitoramento e a avaliação são atividades complementares que dão suporte à gestão de uma intervenção, serviço, programa, política ou sistema de

saúde (Tamaki *et al.*, 2012). A avaliação é um processo sistemático e objetivo de análise e julgamento da qualidade, relevância, eficácia, eficiência e impacto das políticas, programas e serviços de saúde, com o objetivo de informar a tomada de decisão e melhorar a gestão (Hartz, 2005; Tamaki, *et al.*, 2012).

Hartz e Silva (2005) compreendem a avaliação como uma prática social que envolve dimensões técnicas, políticas e éticas. Nesse sentido, o processo avaliativo não se restringe a aspectos metodológicos, mas incorpora também valores, concepções e interesses dos diversos atores envolvidos. Segundo as autoras, a avaliação em saúde deve ser entendida como um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, com finalidades diversas, dentre as quais se destacam a melhoria da qualidade da atenção e a promoção da equidade no acesso e utilização dos serviços.

No campo específico da saúde mental, a avaliação assume particularidades, dada a complexidade dos fenômenos psíquicos e sociais envolvidos e os desafios inerentes à transformação do modelo assistencial preconizada pela RP (Wetzel, Kantorski, 2007). De acordo com Onocko-Campos e Furtado (2006) a avaliação em saúde mental deve contemplar não apenas aspectos relacionados à eficácia e eficiência dos serviços, mas também questões como a garantia de direitos, a autonomia dos usuários e a produção de subjetividade nos espaços de cuidado.

Para Felisberto (2006), a avaliação, enquanto instrumento de gestão em saúde, deve ser considerada em todas as etapas do processo de planejamento, implementação e monitoramento. O autor argumenta ainda que a avaliação não deve ser vista apenas como uma ferramenta para medir a efetividade de políticas e programas, mas também como uma ferramenta para identificar problemas e desafios nos sistemas de saúde e, assim, orientar a tomada de decisão (Felisberto, 2006).

Uma das contribuições mais significativas para o campo da avaliação em saúde foi desenvolvida por Donabedian, que propôs uma abordagem sistêmica para a avaliação da qualidade em saúde, baseada na tríade estrutura-processo-resultado. De acordo com o autor (Donabedian, 1988), a estrutura refere-se aos recursos materiais, humanos e organizacionais disponíveis nos serviços de saúde. O processo diz respeito às atividades desenvolvidas pelos profissionais e usuários. Os

resultados correspondem às mudanças no estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como à satisfação dos usuários e trabalhadores.

A abordagem de Donabedian, embora desenvolvida originalmente para a avaliação da qualidade na atenção médica, tem sido amplamente utilizada em diversos contextos e níveis do sistema de saúde, incluindo os serviços de saúde mental. No entanto, sua aplicação nesse campo requer adaptações e complementações. Nesse sentido, autores como Thornicroft e Tansella (2010) propõem modelos avaliativos específicos para os serviços de saúde mental, que incorporam dimensões como a integração social, a autonomia dos usuários e o respeito aos direitos humanos.

Outra proposta de avaliação criada também por Donabedian, propôs os sete atributos, ou pilares da qualidade, sendo eles a eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses atributos constituem parâmetros para o julgamento da qualidade dos serviços de saúde e têm sido utilizados como referenciais em diversos estudos avaliativos. Na saúde mental, Thornicroft e Tansella (2010) adaptaram esse modelo, propondo dimensões específicas para a avaliação dos serviços de saúde mental comunitários, tais como a acessibilidade, abrangência, coordenação, efetividade, equidade, responsividade e eficiência.

No âmbito dos sistemas de saúde, o monitoramento assume um papel especial como ferramenta de gestão, na medida em que permite o acompanhamento contínuo do desempenho dos serviços, da situação de saúde da população e do impacto das políticas implementadas. De acordo com Santos (2007), o monitoramento em saúde deve ser compreendido como uma prática cotidiana, integrada aos processos de trabalho e gestão, e não como uma atividade pontual ou isolada.

Na perspectiva de Tamaki *et al.* (2012), o monitoramento em saúde está intimamente relacionado com a gestão baseada em resultados, uma vez que fornece informações estratégicas sobre o desempenho das ações e programas, permitindo identificar com antecedência problemas e oportunidades de melhoria. Nesse sentido, o monitoramento não se restringe à simples coleta e organização de dados, mas

envolve também a análise e interpretação dessas informações, de modo a transformá-las em conhecimento útil para a tomada de decisões (Tamaki *et al.*, 2012).

Para Thornicroft e Tansella (2010), o monitoramento em saúde mental deve contemplar não apenas aspectos relacionados à morbidade e à utilização de serviços, mas também dimensões como qualidade de vida, inclusão social, autonomia e satisfação dos usuários. Para Rossi (2024), a implementação de sistemas de monitoramento na saúde mental requer a definição clara de indicadores sensíveis às especificidades desse campo, bem como a construção de mecanismos de coleta, processamento e análise de dados adaptados à realidade dos serviços substitutivos.

No contexto do SUS, a implementação de sistemas de monitoramento em saúde mental enfrenta desafios relacionados à fragmentação dos sistemas de informação, à heterogeneidade dos processos de trabalho nos serviços e à insuficiência de indicadores específicos para essa área (Lima; Antunes; Silva, 2015; Trapé; Onocko-Campos; Gama, 2015). Segundo Lima, Antunes e Silva (2015), apesar dos avanços na construção de sistemas de informação em saúde no Brasil, ainda persistem lacunas importantes no que se refere ao monitoramento das ações e serviços de saúde mental, especialmente no nível local e regional.

No nível federal, o MS desenvolveu iniciativas voltadas ao monitoramento da PNSM, como o Saúde Mental em Dados, publicação periódica que apresentava informações sobre a expansão e o funcionamento da rede de serviços de saúde mental em todo o país (Brasil, 2015). No entanto, podem existir limitações nesse sistema de monitoramento, relacionadas à fragmentação das fontes de dados, à ausência de indicadores específicos para alguns componentes da rede e à dificuldade de acesso às informações por parte dos gestores locais e regionais. Além disso, durante os governos Temer e Bolsonaro, a publicação foi descontinuada, gerando um vazio de informações oficiais consolidadas sobre a RAPS desde então.

Onocko-Campos e Furtado (2006) destacam a importância do monitoramento para a consolidação do modelo de atenção psicossocial e para a superação das

práticas manicomiais ainda presentes em alguns contextos. Segundo os autores, o monitoramento sistemático das práticas e resultados dos serviços substitutivos contribui para a legitimação desse modelo e para o enfrentamento de resistências culturais e institucionais à RP.

O Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030 da OMS estabelece metas globais e indicadores para o monitoramento dos avanços na área de saúde mental (WHO, 2021). Esse plano enfatiza a necessidade de fortalecer os sistemas de informação em saúde mental e de integrar indicadores específicos dessa área aos sistemas mais amplos de informação em saúde.

Os indicadores em saúde constituem medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2002). Essas medidas facilitam o monitoramento de objetivos e metas em saúde, bem como a avaliação do impacto de políticas, programas e intervenções.

Indicadores têm sido utilizados para subsidiar o processo de avaliação em saúde (Hartz, 2000; Minayo; Hartz; Buss, 2000; Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2021). Eles representam variáveis definidas para medir um conceito abstrato, relacionado a diversas áreas, com o objetivo de orientar decisões e o planejamento de ações.

Conforme Hamann, Tauil e Costa (2000), o indicador pode ser “qualquer medida contada ou calculada e mesmo qualquer observação classificável capaz de ‘revelar’ uma situação que não é aparente por si só” (Hamann, Tauil E Costa, 2000, p. 274). Acrescido a isso, o indicador, por característica, é representativo, conciso, objetivo e de fácil interpretação.

Conforme Medina *et al.* (2005), os indicadores em saúde devem apresentar características como validade, confiabilidade, sensibilidade, especificidade, mensurabilidade, relevância e custo-efetividade. Viacava *et al.* (2012) propõem uma tipologia para os indicadores em saúde, classificando-os segundo sua finalidade ou aplicação. Os autores fazem uma distinção entre indicadores de situação de saúde (medem o estado de saúde de uma população), indicadores de determinantes da saúde (medem os fatores que influenciam o estado de saúde), indicadores de

estrutura do sistema de saúde (medem os recursos disponíveis) e indicadores de desempenho dos serviços (medem aspectos como acesso, qualidade e eficiência).

No Brasil, há inúmeros sistemas de informação de base nacional implementados no âmbito do SUS (Coelho Neto; Chioro, 2021). Tais sistemas alimentam a construção de indicadores em saúde, como o Sistema de Informações para a Atenção Básica (SISAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), entre outros. No entanto, Mângia e Muramoto (2009) apontam limitações importantes nesses sistemas no que se refere à produção de informações específicas sobre saúde mental, especialmente no que diz respeito aos serviços como os CAPS.

Em resposta a essas limitações, iniciativas como o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Psicossocial (RAAS-PS) foram implementadas junto ao SIA, visando aprimorar a coleta de informações sobre os atendimentos realizados nos serviços de saúde mental (Brasil, 2012). Não obstante, é sabido que persistem desafios relacionados à qualidade dos dados, à adesão dos sistemas, ao preenchimento adequado dos registros e à utilização efetiva das informações para o planejamento e a gestão.

No contexto internacional, a OMS (2021) propõe um conjunto de indicadores para o monitoramento da implementação do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, que abrange aspectos como a existência de políticas e legislações específicas, a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, a cobertura de serviços comunitários, a redução da mortalidade por suicídio e a proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Esses indicadores estão alinhados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A avaliação, o monitoramento e os indicadores em saúde constituem elementos interrelacionados e complementares, que formam um sistema integrado de produção e utilização de informações para a tomada de decisões. De acordo com Tamaki *et al.* (2012), essa tríade configura um ciclo contínuo, no qual os indicadores alimentam os processos de monitoramento, que por sua vez subsidiam as

avaliações, gerando informações para o aprimoramento das políticas e serviços de saúde.

2.3 MODELO LÓGICO NO CONTEXTO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A complexidade crescente das intervenções em políticas públicas, programas sociais e iniciativas na área da saúde tem demandado ferramentas cada vez mais sofisticadas para seu planejamento, implementação e avaliação. Conforme ressalta Cassiolato e Gueresi (2010), o modelo lógico representa uma ferramenta que favorece a comunicação entre os diversos atores envolvidos em um programa, contribuindo para uma compreensão compartilhada sobre os objetivos, recursos e resultados esperados de uma intervenção.

Segundo Medina *et al.* (2005), esta ferramenta surgiu no contexto da busca por métodos mais sistemáticos e transparentes para planejar e avaliar políticas públicas, em um momento de crescente demanda por *accountability* na gestão pública. Conforme destaca Hartz (2000), a evolução do modelo lógico acompanhou o desenvolvimento do próprio campo da avaliação, refletindo as transformações nas concepções sobre políticas públicas e intervenções sociais ao longo do tempo.

Um modelo lógico consiste em uma representação visual da estrutura lógica de uma política, programa ou serviço, evidenciando a relação entre seus componentes, os recursos necessários e as atividades planejadas para seu funcionamento e alcance dos resultados e efeitos pretendidos (Cassiolato; Gueresi, 2010; Bezerra *et al.*, 2016).

É difundido o uso de modelos lógicos como ferramenta de monitoramento e avaliação pois sua estruturação favorece a compreensão do programa ou política e a identificação e priorização de métricas e indicadores-chave (Medina *et al.*, 2005; Schiavo, 2013; Reynolds; Sutherland, 2013). Esta ferramenta busca organizar as informações relevantes sobre um programa, apresentando de forma clara e estruturada seus elementos constitutivos, que geralmente incluem: recursos (*inputs*), atividades, produtos (*outputs*), resultados intermediários e finais (*outcomes*), e impactos (Medina *et al.*, 2005; Reynolds; Sutherland, 2013). Além disso, o modelo

lógico explicita as relações causais pressupostas entre estes componentes, evidenciando a lógica que fundamenta a intervenção.

Uma característica importante do modelo lógico é sua flexibilidade, que permite adaptações de acordo com o contexto e as necessidades específicas de cada programa. Como ressalta Medina *et al.* (2005), não existe um formato único ou padronizado para o modelo lógico, sendo possível ajustá-lo às particularidades da intervenção e aos objetivos da avaliação.

Assim, embora existam variações na estrutura e nas nomenclaturas utilizadas, o modelo lógico normalmente inclui os componentes descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Componentes do modelo lógico

Componente	Descrição
Estrutura / Entradas / Recursos (<i>inputs</i>)	Referem-se aos insumos necessários para a implementação do programa, incluindo recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos.
Processos / Atividades (<i>process</i>)	Correspondem às ações que serão realizadas para operacionalizar o programa, transformando os recursos em produtos
Produtos (<i>outputs</i>)	São os resultados diretos e imediatos das atividades do programa, geralmente expressos em termos quantitativos e tangíveis.
Resultados intermediários	Representam mudanças específicas que ocorrem como consequência dos produtos gerados pelo programa, mas que ainda não configuram seus objetivos finais.
Resultados finais (<i>outcomes</i>)	Referem-se aos objetivos finais do programa, ou seja, às mudanças que se espera alcançar em relação ao problema identificado.
Impacto	Correspondem às consequências de longo prazo do programa, que podem transcender seus objetivos diretos e afetar outros aspectos da realidade.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

Outro aspecto do modelo lógico é a explicitação das relações causais entre seus componentes. As relações representam a teoria da mudança pressuposta para o programa, ou seja, os mecanismos pelos quais se espera que a intervenção produza os resultados desejados (Medina *et al.*, 2005; Cassiolato; Guerresl, 2010). Medina *et al.* (2005) destacam que a clareza dessas relações é essencial para a compreensão da lógica do programa e para a identificação de possíveis fragilidades. A Figura 1 apresenta a estrutura básica dos componentes e relações de um modelo lógico.

Figura 1 – Estrutura básica do modelo lógico



Fonte: CASSIOLATO; GUERESI, 2010.

Diversos estudos na literatura partiram do uso de modelos lógicos para a construção de indicadores de monitoramento e avaliação em diferentes contextos do SUS, como a Rede Cegonha (Cavalcanti *et al.*, 2013), Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Romeiro *et al.*, 2013), Saúde na Escola (Fontenele *et al.*, 2017) e Vigilância Alimentar e Nutricional (Vitorino; Cruz; Barros, 2017).

Silva *et al.* (2021) elaboraram o modelo lógico de um CAPS de Pernambuco e definiram 77 indicadores, sendo 33 de estrutura e 44 de processo pertinentes para avaliar o grau de implementação. Neste estudo, os autores conseguiram identificar deficiências de estrutura e processo, mas que ainda assim, o CAPS em questão é importante para a saúde da população da rede local (Silva *et al.*, 2021). Oliveira *et al.* (2021) desenharam o modelo lógico da assistência à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e levantou indicadores para avaliação.

O *framework Primary Health Care Measurement* (PHCM) da OMS surgiu como resposta à crescente necessidade de fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde globalmente. O *framework* se caracteriza primordialmente por sua abordagem holística e multidimensional da atenção primária à saúde. Diferentemente de abordagens anteriores, que frequentemente se concentravam em aspectos específicos da APS, como cobertura ou acesso, o *framework* da OMS reconhece a complexidade dos sistemas de saúde e busca capturar suas múltiplas dimensões, incluindo capacidade, desempenho, impacto e equidade (WHO, 2021b).

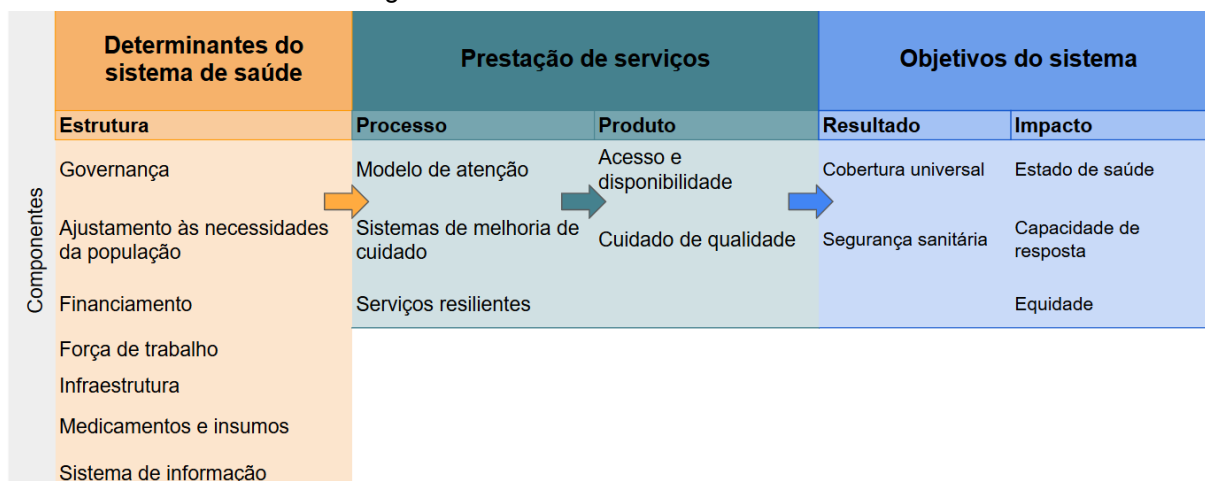
Um dos pilares conceituais do *framework* é a compreensão da APS não apenas como um nível de cuidado, mas como uma abordagem que permeia todo o sistema de saúde. Esta visão, já defendida por Starfield (2002), reconhece que a APS efetiva se caracteriza por atributos como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Esse é um entendimento alinhado à noção de rede de atenção que orienta a RAPS. Outro elemento fundamental na base

teórica do *framework* é o conceito de cobertura universal de saúde, um dos indicadores dos ODS (WHO, 2021b).

Ademais, a teoria da mudança é um outro componente importante na fundamentação do PHCM. Esta perspectiva está intimamente relacionada com a lógica do modelo lógico e explica a cadeia causal entre intervenções, resultados intermediários e impacto, permitindo identificar os mecanismos pelos quais as ações de fortalecimento da APS levam à melhoria dos resultados em saúde.

Neste estudo, a estrutura do PHCM será utilizada para compor o modelo lógico de indicadores para RAPS, na qual está apresentada na Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Estrutura do *framework* PHCM



Fonte: Adaptado de WHO (2021b).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo constitui uma pesquisa aplicada de abordagem qualitativa com propósito descritivo-exploratório. Segundo Creswell e Creswell (2018), a pesquisa qualitativa é apropriada quando se busca explorar e compreender fenômenos complexos e multifacetados, como é o caso das políticas públicas de saúde mental. A natureza descritivo-exploratória se justifica pela necessidade de caracterizar e aprofundar o conhecimento sobre a RAPS seus componentes e suas inter-relações (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

A pesquisa aplicada, de acordo com Gerhardt e Silveira (2009), objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais. Neste contexto, este estudo visa

desenvolver uma estratégia aplicável ao monitoramento e avaliação da RAPS, contribuindo diretamente para a qualificação da gestão e da assistência em saúde mental no âmbito do SUS. Essa estratégia se baseia na construção do modelo lógico da RAPS e no mapeamento de indicadores alinhados ao modelo.

Neste estudo, realizou-se uma revisão de escopo da literatura para compreender quais indicadores são utilizados no contexto de avaliação e monitoramento de serviços de saúde mental, que apoiou a proposta de indicadores para RAPS. A construção do modelo lógico, por sua vez, deu-se por análise documental de documentos técnicos e normativas da RAPS para levantamento e categorização dos insumos, processos, produtos e resultados envolvidos em seu funcionamento.

3.1 REVISÃO DE ESCOPO SOBRE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A revisão de escopo seguiu a metodologia do Joanna Briggs *Institute* (JBI) e a lista de verificação PRISMA-ScR (Tricco *et al.*, 2018). O protocolo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/J45RD>). Pretendeu-se responder à questão: “Qual o conhecimento científico sobre indicadores de serviços de saúde mental para avaliação?”. Os critérios de inclusão das fontes de evidências foram artigos originais, relatos de caso, série de casos, artigos de opinião, reflexão e revisão, enquanto foram excluídas as cartas ao editor, teses e dissertações. Não foi considerado recorte temporal buscando abrangência na literatura.

As buscas foram realizadas em outubro de 2023 nas bases PubMed, *Web of Science*, SCOPUS e LILACS, com recorte de idioma em português, inglês e espanhol. Os descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MESH) considerados como referência foram "health status indicators", "mental health services" e "community mental health services". A estratégia de busca foi estruturada segundo o acrônimo PCC (População, Conceito, Contexto).

Para o gerenciamento das referências e triagem foi utilizado o aplicativo *web Rayyan Qatar Computing Research Institute*. A avaliação transcorreu em duas etapas, partindo dos títulos e resumos e posteriormente pela leitura integral dos

textos elegíveis. Todo o processo de seleção foi conduzido por dois revisores independentes, com discordâncias resolvidas por consenso.

A extração de dados utilizou a ferramenta *Google Sheets* para sistematizar as informações dos estudos e os indicadores identificados. Os indicadores foram agrupados por similaridade e categorizados conforme as dimensões do PHCM (WHO, 2021b), escolhido por sua abordagem abrangente que se alinha com a tríade de Donabedian, permitindo categorizar os indicadores em subdimensões de estrutura, processo e resultado.

3.2 ANÁLISE DOCUMENTAL E CATEGORIZAÇÃO DOS COMPONENTES DA RAPS

A análise documental constituiu o segundo pilar metodológico deste estudo, sendo empregada na construção do modelo lógico da RAPS. A análise documental busca extrair informações significativas a partir de fontes primárias, como relatórios, leis, diários pessoais, atas, entre outros (Cellard, 2008; Sá-Silva, Almeida; Guindani, 2009). Nesse sentido, ela possibilita a reconstrução de políticas, ações e processos, contribuindo para a compreensão de fenômenos sociais complexos.

Diferentemente da pesquisa bibliográfica, que se baseia predominantemente em contribuições de diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental utiliza materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008; Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

Os documentos representam uma fonte estável e rica de informações, que persistem ao longo do tempo e permitem uma análise aprofundada de fundamentos e diretrizes que orientam a implementação de políticas públicas (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009; Lüdke; André, 2013; Kripka; Scheller; Bonotto, 2015). No contexto da saúde, a pesquisa documental permite o acesso a elementos normativos, técnicos e operacionais que estruturam o funcionamento dos sistemas e serviços (Minayo, 2014; Kripka; Scheller; Bonotto, 2015).

Assim, neste estudo a análise documental seguiu um protocolo estruturado, baseado nas recomendações metodológicas de Cellard (2008), que compreendeu as etapas apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Etapas e processos envolvidos na condução da análise documental

Etapas	Processo
1. Definição do corpus documental	Estabelecimento dos critérios de seleção dos documentos, considerando a autenticidade, representatividade, credibilidade e significação (Scott, 1990). Foram incluídos documentos legislativos, normativos, técnicos e institucionais relacionados à RAPS, publicados entre 2001 e 2024.
2. Identificação das fontes	Mapeamento de documentos relevantes no contexto da RAPS, incluindo: a) Portais oficiais do Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, Sistema de Legislação da Saúde, Portal da Transparência); b) Diário Oficial da União; c) Documentos de instituições internacionais como OPAS e OMS.
3. Coleta sistemática	Buscas sistemáticas nas fontes identificadas, utilizando palavras-chave como "RAPS", "saúde mental", "atenção psicossocial", "serviços de saúde mental", "políticas de saúde mental", entre outras. A coleta foi complementada pela técnica de referência cruzada, identificando documentos citados em outros materiais relevantes.
4. Organização e catalogação	Os documentos coletados foram organizados em um banco de dados, contendo informações sobre tipo de documento, data de publicação, órgão emissor, finalidade e conteúdo principal.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

Os documentos selecionados e analisados para a elaboração do modelo lógico da RAPS estão listados no Quadro 5.

Quadro 5 – Documentos utilizados para elaboração do modelo lógico

Ano	Documento	Descrição documento	Tipo de documento	Instituição
2017	Anexo V da Portaria de Consolidação Nº 3 de 21 de setembro de 2017	Consolidação das normas da RAPS.	Normativo	Ministério da Saúde
2013	CAPS e UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios	Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA.	Técnico/ Instrutivo	Ministério da Saúde
2011	Guia de matriciamento em Saúde Mental	Orientações sobre processo de matriciamento da saúde mental na atenção primária.	Técnico/ Instrutivo	Ministério da Saúde
2004	Residências Terapêuticas. O que são, para que servem	Orientações e informações para implementação dos SRT.	Técnico/ Instrutivo	Ministério da Saúde
2004	Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial	Informações e orientações sobre os CAPS.	Técnico/ Instrutivo	Ministério da Saúde
2003	Manual do Programa de Volta pra Casa	Apresenta orientações sobre o Programa de Volta pra Casa.	Técnico/ Instrutivo	Ministério da Saúde
2001	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.	Legislativo	Presidência de República

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

A análise documental foi conduzida a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (Bardin, 2011; Kripka; Scheller; Bonotto, 2015). A análise de conteúdo consiste em uma técnica utilizada para interpretar a comunicação contida em documentos de forma a facilitar sua compreensão (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015). Em outras palavras, ela busca examinar o material (documentos, entrevistas, imagens) classificando-o em temas ou categorias que facilitam seu entendimento.

Conforme Bardin (2011), o processo de análise de conteúdo se dá em três etapas: pré-análise do material, exploração do material e o tratamento e interpretação. A descrição das etapas da análise de conteúdo estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Fases da análise de conteúdo para construção do modelo lógico da RAPS

Etapas	Processo
1. Pré-análise	Leitura flutuante dos documentos coletados, formulação de hipóteses e objetivos. Nesta fase, foi realizada uma avaliação preliminar dos documentos, considerando o contexto histórico e social, a instituição responsável, a verificação da autenticidade e confiabilidade, e a natureza do texto (Cellard, 2008).
2. Exploração do material	Codificação e categorização dos documentos. A codificação envolveu a transformação dos dados brutos em unidades de registro que permitiram a descrição das características pertinentes ao conteúdo do modelo lógico para a RAPS (Bardin, 2011; Kripka; Scheller; Bonotto, 2015). Foram estabelecidas as seguintes categorias analíticas no contexto da RAPS: a) Componentes; b) subcomponentes; c) Insumos e recursos necessários; d) Processos envolvidos; d) Produtos e serviços ofertados; e) Resultados.
3. Tratamento, inferência e interpretação	Sistematização dos dados categorizados e interpretados, buscando identificar padrões e tendências (Bardin, 2011). As informações sistematizadas foram organizadas em uma matriz que orientou a construção do modelo lógico da RAPS.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

Este processo de análise documental e categorização permitiu uma compreensão mais aprofundada da estrutura, funcionamento e objetivos da RAPS, subsidiando a criação do modelo lógico. Assim, a construção do modelo lógico seguiu as etapas metodológicas propostas por Cassiolato e Guerres (2010) e Medina *et al.* (2005) adaptadas ao contexto da RAPS (Quadro 7).

Quadro 7 – Etapas da construção do modelo lógico e indicadores da RAPS

Etapa	Processo
1. Identificação dos elementos do modelo	Mapeamento dos recursos (humanos, materiais, normativos e organizacionais), processos (ações necessárias para transformar recursos em produtos), produtos (bens e serviços ofertados), resultados (mudanças de médio prazo) e impacto (mudanças de longo prazo). Essa identificação foi realizada a partir da análise documental e categorização dos elementos, conforme descrito anteriormente.
2. Estabelecimento das relações causais	Delineamento das relações entre os elementos do modelo, construindo a "teoria do programa" que sustenta a RAPS. As conexões foram estabelecidas considerando os pressupostos teóricos e normativos dos documentos analisados, bem como evidências científicas identificadas na revisão de literatura.
3. Representação gráfica do modelo	Representação gráfica do modelo, evidenciando as relações entre os seus componentes. A representação seguiu a estrutura proposta por Medina <i>et al.</i> (2005), adaptada para o contexto da RAPS, organizando os elementos em uma matriz.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

A última etapa metodológica consistiu no alinhamento de indicadores ao modelo lógico da RAPS, sob a ótica do *framework* conceitual proposto pela OMS (WHO, 2021) para avaliação de sistemas de saúde e que possui uma estrutura robusta e flexível, que possibilitou otimizar a compreensão e representação dos indicadores. O processo de alocar indicadores fundamentados no modelo lógico envolveu traduzir os elementos do modelo em critérios mensuráveis e parâmetros de avaliação. Na prática de avaliação, costuma-se construir uma estrutura avaliativa logo após o modelo lógico (Medina *et al.*, 2005; Samico *et al.*, 2010; Champagne *et al.*, 2011) Nesta etapa, os indicadores foram definidos objetivamente com base no conteúdo do modelo lógico e na categorização dos indicadores do *framework*.

O Quadro 8 apresenta a síntese das técnicas utilizadas neste estudo.

Quadro 8 – Síntese metodológica do estudo

Técnica	Referencial	Objetivos	Produto
Revisão de escopo	Tricco <i>et al.</i> , 2018	Mapear indicadores de avaliação e monitoramento de serviços de saúde mental	Escopo de indicadores de avaliação e monitoramento de serviços de saúde mental
Análise documental	Cellard, 2008	Levantar os elementos do modelo lógico	Modelo lógico e indicadores da RAPS
Categorização	Bardin, 2011	Catalogar e sistematizar os componentes da RAPS e indicadores propostos	

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 MAPEAMENTO DE INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Artigo: INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: uma revisão de escopo

Bruna Paes de Oliveira, Alisson Fernandes Bolina, Marília Pereira da Costa Carvalho, Thiago Figueiredo de Castro e Jonas Lotufo Brant de Carvalho

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que aproximadamente uma em cada oito pessoas vive com algum transtorno mental, sendo a depressão e a ansiedade as condições mais prevalentes¹. Apesar da elevada carga de doenças, persiste uma significativa lacuna de tratamento, com mais de 75% das pessoas com transtornos mentais em países de baixa e média renda não recebendo a atenção necessária².

Nesse contexto, os indicadores de saúde mental emergem como ferramentas para o monitoramento, avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde mental, fornecendo informações objetivas sobre a efetividade, eficiência e qualidade do cuidado prestado³. Eles constituem medidas que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como sobre o desempenho dos sistemas de saúde⁴. Em um cenário global de complexidade dos sistemas de saúde, limitação de recursos e aumento da demanda por serviços, a capacidade de mensurar adequadamente estruturas, processos e resultados tornou-se imperativa para a tomada de decisão baseada em evidências.

A OMS define indicadores de saúde como variáveis que servem para medir mudanças, direta ou indiretamente relacionadas à saúde humana e que, quando analisados em conjunto, podem refletir a situação de saúde de uma população⁵. Estes instrumentos possibilitam quantificar e qualificar fenômenos, facilitando sua compreensão por gestores, profissionais de saúde e a comunidade.

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, o campo dos indicadores de saúde ainda enfrenta desafios significativos. Algumas das principais limitações são a fragmentação dos sistemas de informação em saúde, a baixa qualidade dos dados primários, completude e consistência, a defasagem temporal

entre a coleta e a disponibilização das informações, e a limitada utilização dos indicadores nos processos decisórios⁶.

Ademais, os sistemas de monitoramento em saúde mental frequentemente carecem de padronização internacional, dificultando comparações entre países e regiões⁷. Essa heterogeneidade torna-se ainda mais pronunciada em contextos de baixa e média renda, onde a escassez de recursos para coleta, análise e disseminação de dados interfere na qualidade e utilidade dos indicadores⁸.

Diante desse cenário, torna-se necessário mapear e sintetizar as evidências disponíveis sobre indicadores de monitoramento e avaliação de serviços de saúde mental, identificando tendências, lacunas e oportunidades para aprimoramento dos sistemas de monitoramento e avaliação. Esta revisão de escopo teve como objetivo mapear e sintetizar as evidências científicas sobre os indicadores de avaliação dos serviços de saúde mental, contribuindo para a construção de um corpo de conhecimento que possa orientar gestores, profissionais e pesquisadores na implementação de sistemas de monitoramento mais robustos, abrangentes e orientados às necessidades dos usuários.

Método

Estudo do tipo revisão de escopo, seguindo a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs (JBI)⁹. Para conduzir e relatar esta revisão de escopo, utilizou-se a lista de verificação PRISMA-ScR¹⁰. Destaca-se que o protocolo da revisão foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/J45RD>).

Os critérios de inclusão das fontes de evidências foram artigos originais, relatos de caso, série de casos e artigos de opinião, reflexão e de revisão, enquanto foram excluídas as cartas ao editor, teses e dissertações.

As buscas foram realizadas em outubro de 2023 nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed), *Web of Science*, SCOPUS e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a elaboração da estratégia de busca, foram utilizados descritores controlados e não controlados de cada base de dados, com recorte de idioma em português, inglês e espanhol.

Destaca-se que os descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MESH) foram considerados a referência para demais bases de dados, sendo eles: “health status indicators” e “mental health services”, “community mental health services”.

A seguir, o Quadro 1 apresenta a estratégia de busca utilizada na PubMed com os descritores controlados e não controlados.

Quadro 1 – Estratégia de busca da Pubmed, segundo o acrônimo PCC

P (população)	Não se aplica.
C (conceito)	("health status indicators"[MeSH Terms] OR "health status indicators"[All Fields] OR "health status indicator"[All Fields] OR "health indicators"[All Fields] OR "health indicator"[All Fields] OR "management indicators"[All Fields] OR "management indicator"[All Fields])
C (contexto)	("mental health services"[MeSH Terms] OR "mental health services"[All Fields] OR "mental health service"[All Fields] OR "community mental health services"[MeSH Terms] OR "community mental health services"[All Fields] OR "community mental health service"[All Fields] OR "hospitals, psychiatric"[MeSH Terms] OR "hospitals psychiatric"[All Fields] OR "hospital psychiatric"[All Fields] OR "mental health systems" [All Fields] OR "mental health system" [All Fields])

Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

Para o gerenciamento do processo exclusão de duplicatas, triagem e seleção das publicações elegíveis, utilizou-se o software na *web Rayyan Qatar Computing Research Institute*. Avaliou-se, a princípio, as fontes de evidência quanto ao título e resumo e, posteriormente, as que se enquadraram nos critérios de elegibilidade foram lidas na íntegra e avaliados para compor a amostra final.

Houve treinamento dos revisores de forma a testar o roteiro estruturado, bem como a padronização da coleta de dados. As etapas de seleção das evidências e extração dos dados foram conduzidas por dois revisores independentes, e as discordâncias resolvidas por consenso.

Os dados extraídos das publicações selecionadas foram sistematizados utilizando a ferramenta *web Google Sheets*, estruturada para organizar as principais informações dos estudos e os indicadores identificados. A partir dessa síntese, os indicadores foram agrupados por similaridade e categorizados conforme as dimensões do PHCM da OMS¹¹.

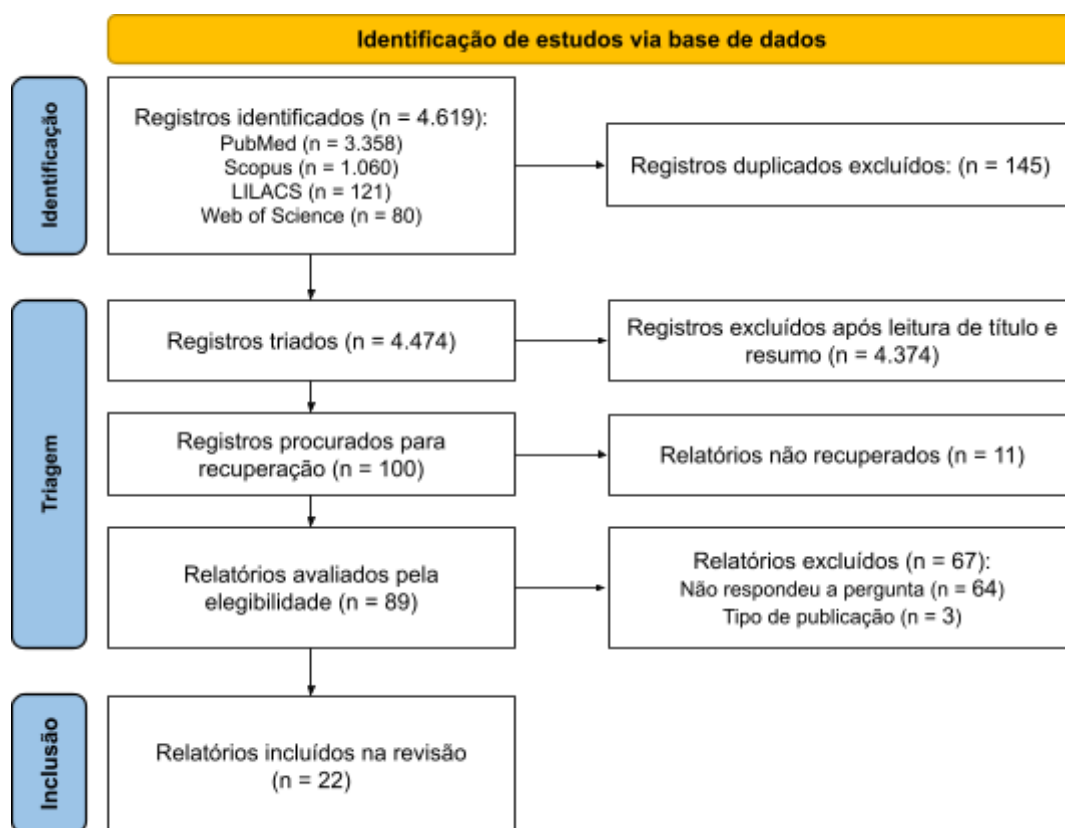
O *framework* foi utilizado como referência para estruturar os indicadores no contexto da saúde mental devido à sua abordagem abrangente na avaliação dos serviços. O PHCM fornece uma estrutura que se alinha com a tríade de Donabedian

e que possibilita a categorização dos indicadores segundo as dimensões de estrutura, processo e resultado.

Resultados

Foram incluídos e analisados o total de 22 estudos publicados entre 2003 e 2023, que abrangeram diferentes contextos e abordagens no contexto de monitoramento e avaliação de serviços de saúde mental. A Figura 1 apresenta o fluxo de seleção da revisão.

Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA-sCR



Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

Observou-se um crescimento significativo do número de publicações nos últimos dez anos, com 86,4% (n=19) dos estudos publicados entre 2012 e 2023, que representa um interesse crescente no uso de indicadores para gestão e qualidade dos serviços. Essa tendência acompanha as recomendações da Agenda de Saúde Mental da OMS para fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação na área da saúde mental.

A origem das publicações incluídas foram de várias regiões do mundo, com uma parte de estudos da América Latina (n=9; 39,1%)^{12, 14, 16, 17, 20, 23, 25, 29, 31}, seguidas pela Europa (n=6; 26,1%)^{13, 15, 18, 24, 27, 30} e América do Norte (n=4; 21,7%)^{19, 21, 22, 26}.

Outros estudos foram conduzidos na Ásia (n=2; 8,7%)^{28, 33} e na Oceania (n=1; 4,3%)

³².

A maior parte dos estudos incluídos usaram de abordagem quantitativa (n=14; 60,9%)^{12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 29, 31}, empregando análise estatística de indicadores para avaliação dos serviços de saúde mental. Estudos qualitativos representaram 21,7% (n=5) da amostra^{15, 19, 23, 26, 30}, sendo baseados em entrevistas, grupos focais e análises documentais. Além disso, 17,4% (n=4) dos estudos utilizaram métodos mistos para integrar abordagens qualitativas e quantitativas^{28, 32, 33}. Quanto ao delineamento metodológico, a maior parte dos estudos foi transversal (n=12; 52,2%)^{12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31}, seguido por séries temporais (n=6; 26,1%)^{14, 19, 22, 26, 30, 33} e estudos de caso (n=4; 21,7%)^{15, 24, 28, 32}.

O Quadro 1 apresenta os estudos que compuseram a revisão de escopo.

Quadro 1. Estudos incluídos na revisão de escopo

Ano	Título	Autor(es)
2003	Establishing a set of mental health indicators for Europe	Korkeila, J; et al.
2005	Performance measures for early psychosis treatment services	Addington, D; et al.
2006	Monitoring of mental health systems and services	Saxena, s; et al.
2012	Development of Mental Health Indicators in Korea	Han, H; et al.
2012	Development of a core set of performance measures for evaluating schizophrenia treatment services	Addington, D; et al.
2012	Performance indicators for public mental healthcare: A systematic international inventory	Lauriks, S; et al.
2014	Key performance indicators for mental health and substance use disorders: A literature review and discussion paper	Henderson, C; et al.
2014	Indices of mental health in various Iranian populations	Mohamadi, K; et al.
2015	Use of Quality Measures for Medicaid Behavioral Health Services by State Agencies: Implications for Health Care Reform	Seibert, J; et al.
2016	Key influences in the design and implementation of mental health information systems in Ghana and South Africa	Ahuja, S; et al.
2018	Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: Mixed methods study	Ahuja, S; et al.
2018	Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: From heuristic to process modeling	Lima, LB; et al.
2018	Quality indicators in the treatment of patients with depression, bipolar disorder or schizophrenia. Consensus study	Bernardo, M; et al.
2019	Experience of implementing new mental health indicators within information systems in six low- and middle-income countries	Ahuja, S; et al.

2019	Developing medical record-based, healthcare quality indicators for psychiatric hospitals in China: A modified Delphi-analytic hierarchy process study	Jiang, F; et al.
2020	Evaluation of a new set of indicators for mental health care implemented in Madhya Pradesh, India: a mixed methods study	Ahuja, S; et al.
2021	The use of indicators for the management of Mental Health Services	Lima, IB; et al.
2021	Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review	Peitz, D; et al.
2021	Mental health indicators in primary healthcare: Assessment of the quality of access through case detection capacity	Salgado, MA; Lima-Borges, SLC
2022	Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta	Lima, IB; et al.
2023	The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Management of Mental Health Services for Hospitalized Patients in Sibiu County-Central Region, Romania	Bacila, C; et al.
2023	A tessitura da construção coletiva de indicadores de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial	Rossi, AF; et al.

Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

A análise dos indicadores revelou uma grande heterogeneidade em sua definição, operacionalização e aplicabilidade nos estudos. Foram identificados 406 indicadores dentre as publicações analisadas, que apresentaram divergências tanto na nomenclatura quanto na métrica utilizada para avaliar um mesmo aspecto dos serviços de saúde mental. Por exemplo, a taxa de reinternação foi mensurada de formas distintas, variando entre percentual de pacientes reinternados^{12, 14, 18, 20, 29} e reinternações específicas por transtornos moderados ou graves^{16, 25, 31}. Da mesma forma, o nível de satisfação dos usuários foi avaliado por diferentes instrumentos, incluindo escalas estruturadas padronizadas^{15, 19, 24, 26, 30} e entrevistas qualitativas abertas^{17, 21, 23}.

Outro aspecto observado é que nem todos os artigos apresentavam indicadores e suas definições explicitamente, alguns apenas abordavam categorias macro gerais de indicadores, como aceitabilidade, adequação e utilização de serviços^{25, 28, 30}. Com relação propriamente às categorias, parece não haver regra sobre a forma de categorizar os indicadores de serviços de saúde mental. Ainda assim, embora tenha sido identificada uma diversidade de dimensões, domínios e categorias, há maior frequência de uso da tríade de processo, estrutura e resultado, sendo Donabedian o principal referencial^{14, 17, 18, 22, 23, 29, 33}. O agrupamento dos indicadores semelhantes e adoção de um *framework* padronizado como do PHCM

da OMS, mostrou-se uma estratégia útil para sistematizar os dados e permitir comparações. Nesse sentido, dos 406 indicadores inicialmente levantados, restaram 220 agrupados por semelhança semântica e de finalidade geral, resultando em indicadores únicos e categorizados.

Tabela 1. Número de indicadores de serviços mental por dimensão e subdimensão de monitoramento do *framework* PHCM

Capacidade (estrutura)	n	%
Ajustamento às necessidades da população	2	4,1
Financiamento	10	20,4
Força de trabalho	16	32,6
Infraestrutura	16	32,6
Medicamentos e insumos	2	4,1
Sistema de informação	3	6,1
Total	49	100,00
Desempenho (processo)	n	%
Acesso e disponibilidade	10	6,7
Modelo de atenção	10	6,7
Prestação de serviços	124	83,2
Qualidade	5	3,4
Total	149	100,00
Impacto (resultado)	n	%
Cobertura de saúde mental	4	8,5
Estado de saúde	18	36,7
Total	22	100,0

Fonte: Elaboração dos autores, 2024.

Indicadores de capacidade foram identificados e estes abordavam aspectos como a capacidade instalada e disponibilidade de leitos psiquiátricos^{14, 20, 25, 29} (infraestrutura), disponibilidade de recursos humanos nos serviços de saúde mental, como número de profissionais por habitante^{12, 16, 18, 21, 27} (força de trabalho), estoque de medicamentos essenciais (medicamentos e insumos), além de gastos per capita para saúde mental^{13, 17, 24} (financiamento). Os indicadores de processo estiveram relacionados à avaliação da organização e continuidade do cuidado por meio do tempo de espera para atendimento inicial^{19, 21, 23, 30}, número de consultas^{15, 22, 24, 26, 28} e adesão ao tratamento medicamentoso^{17, 20, 25, 31}.

Já os indicadores de resultado estiveram focados na efetividade dos serviços, incluindo taxa de reinternação em 30 dias^{12, 14, 16, 18, 20, 29}, satisfação do usuário com os serviços^{15, 19, 24, 26, 30} e redução dos sintomas e melhoria da funcionalidade dos pacientes^{17, 23, 28}.

Discussão

A heterogeneidade observada na definição, operacionalização e aplicabilidade dos 406 indicadores identificados representa um desafio substancial para a comparabilidade e generalização dos resultados. Este achado alinha-se às conclusões de Lora⁸, que em sua revisão sobre sistemas de informação em saúde mental, identificou mais de 600 indicadores distintos utilizados globalmente, com baixo grau de padronização e harmonização. Tal multiplicidade reflete tanto a diversidade de contextos e modelos assistenciais quanto a ausência de consensos metodológicos sobre o que constitui um serviço de saúde mental efetivo, eficiente e centrado no usuário.

A definição de indicadores e o monitoramento de serviços tornam evidente o desafio da integração dos serviços, como dificuldade na articulação entre níveis assistenciais, falta de continuidade do cuidado e desigualdades regionais no acesso^{17, 20, 22, 27, 31}. Por outro lado, os modelos de atenção comunitária foram apontados como fundamentais para a redução de internações psiquiátricas e melhora da adesão ao tratamento^{12, 14, 16, 17, 23, 29}. A predominância de estudos oriundos da América Latina reflete o processo de reforma psiquiátrica em curso nessa região, particularmente no Brasil, onde a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) demandou o desenvolvimento de formas específicas para avaliação de serviços de base comunitária^{34, 35}. Esse achado corrobora a análise de Amarante e Nunes³⁶, que identificam a expansão de pesquisas avaliativas como consequência direta da consolidação do modelo psicossocial brasileiro, caracterizado pela diversidade de serviços assistenciais e pela necessidade de justificar investimentos em políticas públicas baseadas em evidências.

A categorização dos indicadores segundo o *framework* do PHCM revelou um desbalanceamento entre as dimensões avaliadas, com predomínio de indicadores de processo (67,7%) em detrimento de indicadores de estrutura (22,3%) e resultado (10%). Esta distribuição, também observada por Spijker et al.³⁷, sugere uma priorização de aspectos operacionais sobre a mensuração de impactos e transformações na vida dos usuários, reforçando o que a tendência de avaliar com maior rigor e frequência aquilo que é mais fácil de medir, e não necessariamente o que é mais importante.

Uma maioria de estudos quantitativos com delineamento transversal (52,2%) direciona a uma limitação importante no campo da avaliação em saúde mental que é a escassez de investigações longitudinais que permitam compreender a evolução temporal dos serviços e seus impactos a longo prazo. Esta lacuna é destacada por Furtado et al.³⁴, que argumentam que a complexidade dos processos terapêuticos em saúde mental demanda abordagens avaliativas capazes de capturar mudanças incrementais ao longo do tempo, extrapolando análises pontuais de indicadores de desempenho.

No que se refere aos indicadores de desempenho (processo), chama atenção a concentração na subdimensão de prestação de serviços, com ênfase na produtividade, tempo de espera e continuidade do cuidado. Semrau et al.³⁸ em estudo sobre indicadores de qualidade em saúde mental, sinalizaram para os riscos de uma avaliação centrada em métricas de produção, argumentando que sem uma adequada contextualização, tais indicadores podem induzir práticas voltadas ao cumprimento de metas numéricas e não necessariamente da qualidade do cuidado. A baixa representatividade de indicadores específicos de qualidade também corrobora essa preocupação e aponta para a necessidade de desenvolvimento de métricas mais sensíveis à experiência dos usuários e à efetividade clínica.

As lacunas identificadas na literatura, especialmente quanto à padronização internacional dos indicadores, escassez de estudos longitudinais e limitada incorporação de determinantes sociais nas avaliações, apontam para a necessidade de uma agenda de pesquisa que promova maior integração entre epidemiologia psiquiátrica, avaliação de serviços e políticas públicas de saúde mental.

Considerações finais

Esta revisão de escopo mapeou e analisou um conjunto significativo de indicadores utilizados na avaliação dos serviços de saúde mental, identificando tendências, desafios e oportunidades para o aprimoramento dos sistemas de monitoramento. Os resultados mostram um crescente interesse pelo tema, refletido na expansão significativa da produção científica nos últimos cinco anos,

especialmente em contextos que buscam avançar na desinstitucionalização e no fortalecimento da atenção comunitária em saúde mental.

A variedade de indicadores e abordagens metodológicas encontradas revela tanto a diversidade dos contextos assistenciais quanto a falta de um consenso internacional sobre os parâmetros mais adequados para avaliar a saúde mental. Esse cenário, apesar de dificultar comparações diretas, também representa uma riqueza de perspectivas e evidencia a complexidade inerente à saúde mental. Diante disso, é primordial investir no desenvolvimento de *frameworks* avaliativos que consigam equilibrar a necessidade de padronização com a sensibilidade às particularidades locais.

Um dos achados marcantes desta revisão foi a predominância de indicadores de processo em relação aos de estrutura e, principalmente, aos de resultado. Isso sugere a necessidade de reorientar os sistemas de monitoramento para que priorizem indicadores capazes de captar mudanças reais na condição de saúde e na experiência dos usuários, indo além da análise dos aspectos operacionais dos serviços. Dessa forma, torna-se fundamental incorporar indicadores que estejam alinhados à perspectiva da recuperação pessoal e da inclusão social, tornando as avaliações mais abrangentes e centradas nos usuários.

Os estudos analisados também apontaram algumas limitações importantes, como a falta de padronização dos indicadores, a escassez de avaliações de longo prazo e a pouca utilização de abordagens qualitativas. Isso reforça a necessidade de uma agenda de pesquisa que priorize o desenvolvimento metodológico e a validação de instrumentos capazes de captar a complexidade do cuidado em saúde mental. Nesse contexto, estratégias participativas, que envolvam usuários, familiares e profissionais na construção e interpretação dos indicadores, podem ser essenciais para tornar as avaliações mais democráticas e representativas.

O uso do *framework* PHCM possibilitou uma visão mais integrada e comparável da avaliação dos serviços, favorecendo análises mais consistentes. Recomenda-se que estudos futuros aprofundem a aplicação desse e de outros modelos conceituais, ampliando o debate sobre sua efetividade e contribuindo para a construção de uma linguagem comum no campo da avaliação em saúde mental. Esse esforço pode fortalecer a comparabilidade entre pesquisas, embasar políticas

públicas mais qualificadas e fomentar sistemas avaliativos mais sensíveis às complexidades do cuidado em saúde mental.

Por fim, esta revisão reafirma o papel central dos indicadores como ferramentas estratégicas para aprimorar os serviços de saúde mental, fornecendo subsídios valiosos para gestores, profissionais e pesquisadores comprometidos com a qualificação do cuidado e a garantia de direitos das pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. O fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação, aliado a políticas públicas baseadas em evidências, é essencial para consolidar modelos assistenciais mais eficazes, humanizados e orientados pela reabilitação e inclusão social.

Referências

1. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. In: World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO; 2022.
2. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-1598.
3. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*. 2018;17(1):30-38.
4. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS; 2018.
6. Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Saxena S, Funk M, Chisholm D. World Health Assembly adopts comprehensive mental health action plan 2013–2020. *Lancet*. 2016;381(9882):1970-1971.
8. Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanita*. 2009;53(2):157-167.
9. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473.
11. World Health Organization, UNICEF. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO; 2022.

12. Han H, Ahn DH, Song J, Hwang TY, Roh S. Development of mental health indicators in Korea. *Psychiatry Investig.* 2012;9(4):311.
13. Lima IBD, Bernadi FA, Yamada DB, Vinci ALT, Rijo RPCL, Alves D, Furegato ARF. The use of indicators for the management of mental health services. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2021;29:e3409.
14. Băcilă C, Ștef L, Bucuță M, Anghel CE, Neamțu B, Boicean A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the management of mental health services for hospitalized patients in Sibiu County—Central Region, Romania. *Healthcare (Basel).* 2023;11(9):1291.
15. Ahuja S, Hanlon C, Chisholm D, Semrau M, Gurung D, Abdulmalik J, et al. Experience of implementing new mental health indicators within information systems in six low- and middle-income countries. *BJPsych Open.* 2019;5(5):e71.
16. Ahuja S, Khan A, Goulding L, Bansal RK, Shidhaye R, Thornicroft G, Jordans M. Evaluation of a new set of indicators for mental health care implemented in Madhya Pradesh, India: a mixed methods study. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:1-12.
17. Seibert J, Fields S, Fullerton CA, Mark TL, Malkani S, Walsh C, et al. Use of quality measures for Medicaid behavioral health services by state agencies: implications for health care reform. *Psychiatr Serv.* 2015;66(6):585-591.
18. Lima IBD, Alves D, Furegato ARF. Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2022;30:e3599.
19. Peitz D, Kersjes C, Thom J, Hoelling H, Mauz E. Indicators for public mental health: a scoping review. *Front Public Health.* 2021;9:714497.
20. Salgado MA, Fortes SLC. Mental health indicators in primary healthcare: assessment of the quality of access through case detection capacity. *Cad Saude Publica.* 2021;37:e00178520.
21. Ahuja S, Gronholm PC, Shidhaye R, Jordans M, Thornicroft G. Development of mental health indicators at the district level in Madhya Pradesh, India: mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:1-9.
22. Jiang F, Wang W, Guan H, Huang Y, Xiao J, Zhang X, et al. Developing medical record-based, healthcare quality indicators for psychiatric hospitals in China: a modified Delphi-analytic hierarchy process study. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(10):733-740.
23. Lima IBD, Yamada DB, Yoshiura VT, Lance RC, Rodrigues LML, Vinci ALT, et al. Proposal for selection of mental health indicators in the management of health networks: from heuristic to process modeling. *Procedia Comput Sci.* 2018;138:185-190.
24. Bernardo M, de Dios C, Pérez V, Ignacio E, Serrano M, Vieta E, et al. Quality indicators in the treatment of patients with depression, bipolar disorder or schizophrenia. Consensus study. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2018;11(2):66-75.
25. Henderson C, Klimas J, Dunne C, Leddin D, Meagher D, O'Toole T, Cullen W. Key performance indicators for mental health and substance use disorders: a

- literature review and discussion paper. *Ment Health Subst Use*. 2014;7(4):407-419.
26. Mohamadi K, Ahmadi K, Ashtiani AF, Fallah PA, Ebadi A, Yahaghi E. Indicators of mental health in various Iranian populations. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(2):e14292.
 27. Addington DE, McKenzie E, Wang J, Smith HP, Adams B, Ismail Z. Development of a core set of performance measures for evaluating schizophrenia treatment services. *Psychiatr Serv*. 2012;63(6):584-591.
 28. Lauriks S, de Wit MA, Buster MC, Klazinga NS, Arah OA. Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health*. 2012;12:1-26.

4.2 PROPOSTA DE MODELO LÓGICO E INDICADORES PARA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Anexo V da Portaria Nº 3 de Consolidação de 2017 é o principal referencial da RAPS e onde estão consolidadas todas as suas normas e diretrizes desde 2011. Nele se estabelecem os objetivos da rede, seus componentes, responsabilidades dos entes federativos e diretrizes de financiamento e organização da atenção (Brasil, 2017).

O modelo foi composto por 13 componentes principais, subdivididos em 17 subcomponentes. Esses componentes abrangem desde a governança local e e federal até estratégias específicas de cuidado, refletindo a complexidade da RAPS. A estruturação segue os seguintes elementos:

1. Componente: Principais domínios da RAPS;
2. Subcomponente: Unidades de cada componente;
3. Estrutura (Insumos/Entradas): Recursos físicos, humanos e financeiros necessários para o funcionamento da rede;
4. Processos: Ações desenvolvidas pelos serviços;
5. Produtos: Resultados diretos da execução dos processos e ações, evidenciando mudanças esperadas no acesso e na oferta de serviços;
6. Resultados: Transformações esperadas no perfil de atendimento e no cuidado ofertado;
7. Impacto: Mudanças estruturais e de longo prazo associadas à implementação da RAPS.

A categorização permitiu mapear as relações entre os componentes estruturais da RAPS, os processos desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção e na sua organização, além dos efeitos esperados da implementação dessa política na saúde da população. Assim, o modelo opera em uma lógica de causalidade, em que a estrutura (recursos) viabiliza processos (ações), que geram produtos e produzem em resultados e, finalmente, impactos sociais. Nesse sentido, os componentes não operam isoladamente, mas formam uma teia de serviços e processos que se complementam (Cassiolato; Gueresi, 2010). O Quadro 9 sintetiza

a estrutura do modelo lógico da RAPS. A representação do modelo lógico completo está apresentada no Apêndice A.

Quadro 9 – Resumo dos componentes, processos e resultados do modelo lógico da RAPS

Componente	Resumo
Governança e planejamento da RAPS	Envolve o planejamento e a organização da rede por meio de Planos Municipais e Regionais de Saúde, Coordenações estaduais e municipais da RAPS, e instâncias como as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Essas estruturas são responsáveis por identificar necessidades e lacunas assistenciais, pactuar a organização da rede na CIR e atualizar os planos regionais da RAPS. O resultado esperado é uma organização eficiente da RAPS nos territórios, garantindo que os serviços sejam distribuídos de forma a atender às demandas locais de maneira eficaz.
Apoio Técnico e Regulação Normativa	Composto por equipes técnicas do MS, estados e municípios, junto com diretrizes normativas e instrumentos de gestão. Essas estruturas realizam capacitações e suporte técnico às gestões estaduais e municipais, além de atualizar normativas e protocolos. Os produtos incluem documentos técnicos e diretrizes atualizadas, além do número de municípios apoiados tecnicamente. O resultado é maior aderência dos serviços às diretrizes nacionais, fortalecendo a governança da RAPS.
Regulação, Financiamento e Gestão do Acesso	Utiliza estruturas como o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) e fundos municipais e estaduais de saúde para solicitar e analisar habilitações de serviços, além de transferir recursos para a RAPS. Os produtos são serviços habilitados e recursos descentralizados para estados e municípios. O resultado é a expansão da cobertura da RAPS, garantindo sua sustentabilidade financeira.
Monitoramento, Avaliação e Informação em Saúde	Tem como base o monitoramento e os sistemas de informação em saúde e relatórios de monitoramento do MS, realiza coleta e análise de indicadores de cobertura e qualidade, além de produzir relatórios periódicos sobre a rede. Os produtos são relatórios estaduais e municipais de desempenho e painéis de monitoramento. O impacto esperado é uma melhoria contínua da RAPS baseada em evidências e gestão da informação.
Formação em Saúde Mental e Educação Permanente	Conta com programas de formação especializada em saúde mental e educação permanente do SUS e parcerias com universidades e instituições de ensino. Promove cursos de graduação, especialização e capacitações para profissionais da RAPS, incluindo educação continuada para equipes multiprofissionais. Os produtos são profissionais capacitados na RAPS e capacitações de educação permanente realizadas. O resultado é maior qualificação das equipes de saúde mental e melhoria da qualidade da atenção psicossocial.
Integração Intersetorial e Participação Social	Articula-se com Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e parcerias com assistência social, justiça, educação e trabalho para

Componente	Resumo
	pactuar ações intersetoriais e articular com redes de proteção social. Os produtos são projetos intersetoriais implementados e ações conjuntas com assistência social e justiça. O impacto esperado é maior efetividade das intervenções psicossociais e redução de vulnerabilidades sociais.
Atenção psicossocial (primária, especializada, hospitalar, urgência e emergência, residência transitória, desinstitucionalização e reabilitação)	Constituiu-se dos serviços de atenção. Envolvem acolhimento humanizado, avaliação integral, elaboração de planos terapêuticos individualizados, atendimentos individuais e grupais, visitas domiciliares, manejo de crises, articulação com outros serviços da rede e ações de reinserção social. Os produtos incluem consultas realizadas, grupos terapêuticos, oficinas, projetos terapêuticos singulares elaborados e implementados, encaminhamentos responsáveis e vagas ocupadas nos diferentes dispositivos. Como resultados, observa-se maior autonomia dos usuários, redução de internações psiquiátricas prolongadas, diminuição do isolamento social, melhoria da qualidade de vida, inserção social e econômica, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e consolidação do modelo de assistência territorial e comunitária

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

O valor do modelo lógico (Apêndice A) está nas relações que se estabelecem entre seus componentes. Como um organismo vivo, cada parte afeta o funcionamento do todo. Alguns exemplos das relações são:

- a) A Governança determina diretrizes que orientam a organização e funcionamento da RAPS;
- b) O Monitoramento coleta dados de todos os componentes assistenciais, transformando-os em informação útil para a gestão da educação permanente, que por sua vez qualifica os profissionais de toda a RAPS;
- c) A Integração intersetorial potencializa as ações da reabilitação psicossocial, que cria oportunidades para usuários acompanhados nas Estratégias de desinstitucionalização;
- d) A Atenção de urgência e emergência articula-se com os CAPS, que se apoiam na atenção primária para garantir a continuidade do cuidado no território.

As interrelações criam um sistema em que nenhum componente existe isoladamente ou tem fim em si mesmo. Cada serviço, cada ação, cada recurso se justifica na medida em que contribui para o funcionamento harmônico do conjunto e para o objetivo de cuidado integral em saúde mental. Essa integração é essencial

para garantir a continuidade do cuidado, conforme preconizado por Mendes (2010), que destaca a importância da coordenação entre serviços para evitar fragmentação.

Um impacto alcançado retroalimenta novas estruturas, que por sua vez possibilitam processos mais qualificados, gerando produtos mais efetivos, resultados mais expressivos e impactos ainda mais significativos, em um ciclo virtuoso de transformação. O modelo é organizado em uma matriz tabular, onde as linhas representam os componentes e as colunas categorizam os elementos (estrutura, processos, produtos, resultados e impactos).

Oliveira *et al.* (2021) descrevem a construção de indicadores de avaliação da atenção a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, na qual os indicadores foram organizados segundo as dimensões de estrutura, processo e resultado definidas no modelo lógico da política. O estudo parte da estrutura de tríade de Donabedian para estabelecer indicadores, assegurando consistência entre modelo e critérios de avaliação empírica (Oliveira *et al.*, 2021).

Os indicadores propostos para RAPS foram definidos com base no modelo lógico, levando em conta que o arranjo matricial permite visualizar, de forma mais sistemática, quais aspectos podem ser medidos e como se relacionam na teoria (Medina *et al.*, 2005). Além disso, eles foram alocados conforme subdimensões do *framework* PHCM da OMS e estão apresentados no Apêndice B. A organização modelo lógico e dos indicadores pretendeu criar uma estrutura de acompanhamento e funcionamento da RAPS que aborda múltiplas dimensões.

Ao todo, foram levantados 64 indicadores, sendo 32 vinculados à estrutura (governança, infraestrutura e força de trabalho), 24 relacionados a processos e produtos (modelo de cuidado e acesso e disponibilidade) e 8 indicadores de resultados e impactos (qualidade, cobertura e estado de saúde).

Quadro 10 – Descrição das dimensões e indicadores do modelo lógico da RAPS

Dimensão	Abrangência dos indicadores
Governança	Contempla indicadores relacionados à gestão e organização da rede, como número de pactos aprovados, coordenações formalizadas, normativas atualizadas, planos de ação, acordos e convênios, entre outros.
Financiamento	Inclui indicadores sobre recursos financeiros disponíveis, transferências entre esferas e percentual de municípios e estados contribuindo para a RAPS.

Dimensão	Abrangência dos indicadores
Infraestrutura	Aborda indicadores relacionados aos recursos físicos e materiais necessários para o funcionamento da rede, como número de SRT, CAPS, hospitais habilitados, disponibilidade de veículos, medicamentos e insumos.
Força de trabalho	Inclui indicadores sobre os recursos humanos, incluindo completude das equipes dos CAPS, percentual de profissionais especializados e capacitações realizadas.
Modelo de cuidado	Apresenta indicadores que refletem a implementação do modelo de atenção psicossocial, como percentual de usuários desinstitucionalizados, ações de promoção à saúde, beneficiários ativos no PVC e supervisão clínico-institucional.
Acesso e disponibilidade	Inclui indicadores que monitoram o acesso e produção nos serviços, como número e percentual de usuários matriculados, procedimentos realizados, tempo médio de internação, taxa de ocupação de leitos, e tempo médio de espera para atendimento.
Estado de Saúde e Cobertura Universal	Contempla indicadores de resultados e impactos, como nível de satisfação do usuário, melhoria clínica documentada, taxas de prevalência de transtornos mentais, taxas de suicídio, reinternação, abandono de tratamento e cobertura populacional dos serviços.

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

A Nota Técnica nº 2/2025-CGMA/DEMAS/SEIDIGI/MS apresenta um panorama nacional sobre os diagnósticos situacionais elaborados pelas 120 macrorregiões de saúde, com o objetivo de subsidiar a construção dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital no âmbito do Programa SUS Digital. A RAPS foi identificada como uma das redes temáticas mais presentes nas macrorregiões de saúde, estando implantada em 92,5% dos territórios analisados. Esse dado posiciona a RAPS como a terceira rede temática com maior cobertura no Brasil, ficando atrás apenas da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil (98,23%) e da Rede de Urgência e Emergência (95,58%). Apesar de sua ampla implantação formal, os dados revelam desafios importantes relacionados à capacidade instalada e ao acesso efetivo aos serviços de saúde mental (Brasil, 2025).

saúde mental também apareceu como uma prioridade na formação e educação permanente. Entre os temas apontados como essenciais para qualificação dos trabalhadores da saúde, a saúde mental foi citada por 12,9% das macrorregiões como prioridade número um, e por 22,4% como prioridade número dois. Esses dados colocam a saúde mental entre os temas mais recorrentes nas necessidades de capacitação profissional. Ressalte-se ainda que 64,2% das macrorregiões

afirmaram não possuir articulação com instituições de ensino técnico ou superior para adequação dos currículos às necessidades da Rede de Atenção à Saúde. Dentre as temáticas que deveriam ser incluídas nessas articulações, a saúde mental voltou a ser destacada como prioritária (Brasil, 2025).

Outro ponto relevante diz respeito ao acesso a serviços de saúde mental. As análises sobre Tratamento Fora do Domicílio (TFD) mostraram que, em várias macrorregiões, os usuários precisam ser encaminhados a outros territórios para receber cuidados em saúde mental (Brasil, 2025). Essa situação foi mais evidente nas macrorregiões de menor maturidade digital e na Região Norte, onde a saúde mental foi indicada entre as principais especialidades com necessidade de deslocamento. Isso evidencia a insuficiência da oferta de serviços especializados no próprio território, afetando diretamente a continuidade do cuidado e o princípio da integralidade.

Nesse sentido, tanto o modelo lógico quanto os indicadores tentam abranger e representar o que a RAPS se propõe. Neles são incorporadas uma visão sistêmica da rede, que inclui não só os serviços, mas também os componentes de gestão, governança e financiamento que normalmente não aparecem nos modelos lógicos das intervenções em saúde. Além disso, contempla também aspectos de intersetorialidade e articulação, reabilitação e inserção social, formação e educação permanente e o fortalecimento da RAPS como um todo.

O modelo também aponta a diversidade de sistemas de informação na operacionalização da RAPS. Um dos principais entraves ao monitoramento efetivo da RAPS está na multiplicidade de serviços que a compõem e a fragmentação dos sistemas de informação utilizados pelos diferentes pontos de atenção. Nesse sentido, cada componente da RAPS utiliza sistemas específicos que não dialogam entre si.

À exemplo, a APS registra suas ações no e-SUS, enquanto os CAPS utilizam o RAAS e o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e os hospitais, o SIH. Ademais, os registros de referência e contrarreferência entre os serviços são feitos por sistema de regulação específico. Toda essa fragmentação implica o acompanhamento longitudinal dos usuários em seu percurso pela rede de serviços,

dificultando análises sobre continuidade do cuidado e identificação de itinerários terapêuticos (Onocko-Campos *et al.*, 2017).

Outro desafio se refere à lógica predominante dos sistemas de informação de base nacional do SUS, que são orientados prioritariamente ao registro de procedimentos e produtividade dos profissionais e não ao cuidado propriamente dito. Sistemas como o RAAS, BPA-I e SIH foram concebidos com a finalidade de faturamento e repasse de recursos. Essa lógica de fazer gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde mental reforça a produção de saúde em relação à promoção do cuidado e de saúde e corrobora com o achado da revisão de escopo, sobre a predominância de indicadores de processo (seção 4.1).

No âmbito da atenção psicossocial essa orientação à produção dos profissionais pode ser problemática uma vez que processos como acolhimento, escuta qualificada e apoio a reinserção social podem não ser identificados pelos sistemas e dados disponíveis (Yasui *et al.*, 2018). Isso se reflete nos indicadores de resultado, que na saúde mental constituem, possivelmente, o maior desafio metodológico e de avaliação. Diferentemente de outros campos da saúde, onde desfechos como mortalidade ou cura possuem parâmetros mais objetivos, a atenção psicossocial opera com resultados complexos como autonomia, inserção social e qualidade de vida (Amarante; Torre, 2017).

Trapé *et al.* (2019) argumentam que os indicadores de resultado em saúde mental precisam incorporar a perspectiva dos usuários sobre o que constitui recuperação, extrapolando medidas clínicas de remissão de sintomas. Thornicroft e Tansella (2010) relatam a implementação de ciclos de auditoria clínica e de feedback dos usuários como uma forma de obter respostas e traduzir dados em ações e melhorias concretas na assistência prestada.

A criação de grupos de trabalho intersetoriais de monitoramento e avaliação, com participação de gestores, trabalhadores, usuários e academia, pode fortalecer a utilização estratégica para a qualificação da informação e da atenção. Ademais, o investimento em letramento em dados e informação para profissionais da RAPS, que desenvolva competências de registro, análise e utilização dos dados na rotina de trabalho poderia ser uma alternativa para superar a percepção do monitoramento como atividade burocrática (Carvalho *et al.*, 2012).

O modelo lógico e o conjunto de indicadores no âmbito do monitoramento, podem contribuir com o acompanhamento sistemático da RAPS e a identificação de lacunas, distorções e desigualdades regionais, que podem ser corrigidas e aprimoradas. Na avaliação, o modelo oferece uma referência teórica sobre a lógica de funcionamento da RAPS e pode ser utilizada para avaliar a implementação em termos de adequação, cobertura, qualidade e impacto. Os indicadores podem ser utilizados em painéis de *business intelligence*, além de reforçarem a transparência e facilitarem a divulgação de informações e resultados, promovem o *accountability* e a gestão participativa, possibilitando que gestores, profissionais, usuários e pesquisadores acompanhem o desempenho e evolução da RAPS.

Por fim, o modelo lógico e os indicadores alinhados contribuem para o fortalecimento institucional da RAPS e da PNSM ao estimular a cultura avaliativa, incentivar o uso de evidências na gestão e orientar o planejamento. Sua utilização favorece a alocação mais racional de recursos, a priorização de ações, a definição de metas e a pactuação de compromissos entre os diferentes níveis de gestão do SUS, consolidando a RAPS como uma política estruturada, fortalecida e transparente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RAPS foi concebida para organizar e integrar os serviços de saúde mental em um sistema articulado, territorializado e comunitário, em consonância com os princípios do SUS. A proposta visava a substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de cuidados de base comunitária, promovendo a atenção integral e humanizada às pessoas em sofrimento mental ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. No entanto, a trajetória da RAPS não foi linear, tendo passado por diversas modificações, retrocessos e desafios durante os governos Temer-Bolsonaro (2016-2022), como o incentivo aos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, represamento de novas habilitações de CAPS e suspensão da publicação dos relatórios de saúde mental periódicos.

A mudança de governo em 2023 propiciou o retorno das habilitações de serviços, a recomposição orçamentária, a revogação das medidas controversas à reforma psiquiátrica e a instituição de novos serviços e estratégias, como os CeCo e as equipes de desinstitucionalização. Nesse contexto, a necessidade de monitorar a RAPS se tornou ainda mais evidente. A complexidade da rede, a diversidade dos serviços e a amplitude territorial exigem instrumentos robustos de avaliação e monitoramento, capazes de orientar a gestão, identificar lacunas e desigualdades, apoiar a tomada de decisão e fomentar a cultura avaliativa.

A revisão escopo sobre indicadores de serviços mentais evidenciou a expansão de pesquisas neste campo nos últimos anos, o que parece estar alinhado à publicação do Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2030 da OMS para os estados membros. Foi possível identificar a heterogeneidade e despadronização entre indicadores e suas categorias na literatura, bem como uma tendência a utilização do referencial de estrutura-processo-resultado de Donabedian como definição dos indicadores.

O modelo lógico e os indicadores desenvolvidos neste estudo oferecem uma ferramenta estratégica para o fortalecimento desse monitoramento. O modelo lógico sistematiza a cadeia causal da política da RAPS, organizando insumos, processos, produtos, resultados e impactos. São 13 componentes e 27 subcomponentes que estruturam as ações da RAPS e demonstram suas interrelações. Os 64 indicadores criados foram classificados segundo o PHCM, incorporando subdimensões como

governança, financiamento, força de trabalho, infraestrutura, sistema de informação, modelo de atenção, acesso e disponibilidade, cuidado de qualidade, cobertura e estado de saúde. Essa classificação permite a leitura integrada da RAPS, facilitando a análise de consistência interna e de aderência dos indicadores.

O uso do modelo e dos indicadores na gestão da RAPS pode contribuir para o acompanhamento regular do desempenho, identificação de pontos críticos e promoção de ações corretivas. Além disso, apoia o planejamento estratégico, orienta a atuação interfederativa e promove a cultura de gestão baseada em evidências.

É importante destacar que os desafios do monitoramento e avaliação perpassam a diversidade de serviços e necessidade de articulação e a fragmentação dos sistemas de informação. Outra questão é a complexidade da mensuração dos resultados na saúde mental, campo em que os desfechos são muitas vezes subjetivos. Autonomia, qualidade de vida, vínculos sociais e reinserção produtiva são dimensões difíceis de traduzir em números e requerem o uso de metodologias mistas, combinando indicadores quantitativos e qualitativos.

Ainda que o modelo tenha seguido um método qualificado para a construção baseado nos documentos orientativos, uma possível limitação do estudo pode ser o fato deste não ter passado por validação de especialistas ou stakeholders na RAPS, como de consenso. Por isso, recomenda-se que futuras pesquisas realizem a validação do modelo lógico e dos indicadores por meio de processos participativos, envolvendo especialistas, gestores, trabalhadores e usuários da RAPS. Métodos como painéis de especialistas, oficinas presenciais, delphi e consultas públicas podem ser utilizados para assegurar maior robustez metodológica

O modelo lógico é vivo, por isso é recomendável que passe por ciclos regulares de revisão, de modo a incorporar novas evidências, ajustes normativos, mudanças demográficas e alterações nos perfis epidemiológicos. Essa atualização periódica é necessária para manter a pertinência, efetividade e sustentabilidade da política pública.

As perspectivas futuras apontam para a necessidade de fortalecer a governança da informação em saúde, qualificar os dados primários, promover a interoperabilidade entre sistemas e desenvolver competências analíticas nos diferentes níveis de gestão. Assim, cabe ressaltar que o aprimoramento dos

indicadores de saúde não constitui um fim em si mesmo, mas um meio para qualificar a tomada de decisão e, em última instância, contribuir para a melhoria das condições de saúde mental e da qualidade de vida das populações. Nesse sentido, o desenvolvimento técnico-científico neste campo deve estar sempre articulado com os valores e princípios que orientam os sistemas de saúde, como a equidade, a integralidade e a participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.

ALMEIDA, Patty Fidelis de; *et al.* O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. **Tese de Doutorado**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2002.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEZERRA, Tereza Cristina Alves *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 445-472, 2016.

BRASIL. Decreto Nº 11.392 de Janeiro de 2023. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, e transforma e remaneja cargos em comissão e funções de confiança**. Brasília, DF; Presidência da República; 2023.

BRASIL. Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF; 2001.

BRASIL. Lei Nº 10.708/2003 de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações**. Presidência da República. Brasília, DF; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação Nº 3, 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 2/2025-CGMA/DEMAS/SEIDIGI/MS**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reformas dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

CASSIOLATO, Maria Martha de Menezes Costa; GUERESI, Simone. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. 2010.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.*, Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 23, p. 1297-1316, 2013.

CELLARD, André. A análise documental. In.: **POUPART, J. et al., A pesquisa qualitativa.** 2008.

COELHO NETO, Gillete Cardoso; CHIORO, Arthur. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00182119, 2021.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.** 5. ed. Los Angeles: Sage, 2018.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

DANTAS, C. R.; ODA, A. M.; GALDINI, R. *Cartography of evaluative surveys of mental health services in Brazil (2004-2013).* **Physis, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 4, p. 1127-1179, 2014.

DESINSTITUTE, Weber R. (Org). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01.** 2021.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FELISBERTO, Eronildo. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 553-563, 2006.

FONTENELE, Raquel Malta *et al.*, Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 167-179, 2017.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.*, A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 102-110, 2013.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; FOSSI, Luciana Barcelos. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 15, n. 1, pág. 94-115, 2015.

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; DOS SANTOS ROSA, Lucia Cristina. A manicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 21, n. 44, p. 111-138, 2019.

HAMANN, Edgar Merchán; TAUILL, Pedro Luiz; COSTA, Marisa Pacini. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. 2000.

HARTZ, Zulmira Maria Araújo *et al.* Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. **Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 89-131, 1997.

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulg. saúde debate**, p. 29-35, 2000.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 2005.

KRIPKA, Rosana Maria; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa de Lara. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de Investigaciones de la UNAD**, v. 14, n. 2, 2015.

LIMA, Inacia Bezerra *et al.* O uso de indicadores para a gestão dos Serviços de Saúde Mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3409-e3409, 2021.

LIMA, Inacia Bezerra *et al.* Proposta de seleção de indicadores de saúde mental na gestão de redes de saúde: da heurística à modelagem de processos. **Procedia Computer Science**, v. 138, p. 185-190, 2018.

LIMA, Keler Wertz Schender de; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; SILVA, Zilda Pereira da. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 61-71, 2015.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M., M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: **EPU**, 2013.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SOUZA, Georgia Costa de Araújo; NORO, Luiz Roberto Augusto. Proposição de indicadores para vigilância da saúde bucal de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 187-202, 2018.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa Tieko. Modelo de matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 118-125, 2009.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.*, Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In: Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. p. 41-63. 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NICÁCIO, Fernanda; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

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

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo *et al.* Modelo lógico e matriz de critérios para avaliação da assistência à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5671-5680, 2021.

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

OWENS, Rebecca A.; SMALLING, Maxine; FITZPATRICK, Joyce J.. Saúde mental, transtorno por uso de substâncias e transtorno por uso de opioides: atualizações e

estratégias de tratamento. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, p. 88-100, set. 2021.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014.

REYNOLDS, Heidi W.; SUTHERLAND, Elizabeth G. *A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of integrated health services.* **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2013.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 515-526, 2015.

ROMEIRO, Caroline *et al.*, O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

ROSSI, A. F. **Construção e desenvolvimento de indicadores de saúde mental: um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, 2024.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00042620, 2021.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa.** 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Thais Chiapinotto dos et al., PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade-(PMAQ-AB).** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 75-99, 2016.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 366-393, 2014.

SCHIAVO, Renata. *Health communication: From theory to practice*. John Wiley & Sons, 2013.

SCOTT, J. A matter of record: documentary sources in social research. Cambridge: **Polity Press**, 1990.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, Gilcele Marília da *et al.*, Avaliação da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 1134-1150, 2021.

TAMAKI, Edson Mamoru I. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 839-849, 2012.

TÃNO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. *Better mental health care*. Cambridge: **Cambridge University Press**, 2010.

TORRES, Douglas Rodrigues *et al.*, Aplicabilidade e potencialidades no uso de ferramentas de Business Intelligence na Atenção Primária em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2065-2074, 2021.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

TRAPÉ, T. L.; ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. A. P. *Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System*. **International Journal of Health Sciences**, New Delhi, v. 3, n. 3, p. 45-53, 2015.

TRICCO, Andrea C. *et al.* **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation**. **Annals of internal medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018.

VIACAVA, Francisco *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 921-934, 2012.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva; CRUZ, Marly Marques da; BARROS, Denise Cavalcante de. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *et al.* Comprehensive mental health action plan 2013–2030. In: **Comprehensive mental health action plan 2013–2030**.

2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). ***World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization***, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens**. World Health Organization, 2021.

YASUI, Sílvia; COSTA-ROSA, Abílio. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78-79-80, p. 27-37, 2008.

APÊNDICE A - Modelo lógico da Rede de Atenção Psicossocial

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Governança e Planejamento da RAPS	Planejamento e Organização da Rede	- Planos Municipais e Regionais de Saúde - CIR - Coordenação estadual e municipal da RAPS	- Identificação de necessidades e vazios assistenciais - Pactuação da organização da rede na CIR - Atualização do Plano Regional da RAPS	- Planos Regionais da RAPS formalizados - Mapas de cobertura dos serviços	- Melhor planejamento da oferta e da distribuição de serviços	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial
	Apoio Técnico e Regulação Normativa	- Equipes técnicas do MS, estados e municípios - Diretrizes normativas e instrumentos de gestão	- Capacitação e suporte técnico à gestão estadual e municipal - Atualização de normativas e protocolos	- Documentos técnicos e diretrizes atualizadas - Municípios apoiados tecnicamente	- Maior aderência dos serviços às diretrizes nacionais	- Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS - Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária
Regulação, Financiamento e Gestão do Acesso	Habilitação, Financiamento e Contratualização	- SAIPS - Fundos Municipais e Estaduais de Saúde	- Solicitação e análise de habilitação de serviços - Transferência de recursos para a RAPS	- Serviços habilitados no SAIPS - Recursos descentralizados para estados e municípios	- Expansão da cobertura da RAPS	- Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas
Monitoramento, Avaliação e Informação em Saúde	Monitoramento e Gestão da Informação da RAPS	- Sistemas de informação em saúde - Relatórios de Monitoramento do MS	- Coleta e análise de indicadores de cobertura e qualidade - Produção de relatórios periódicos sobre a rede	- Relatórios estaduais e municipais de desempenho - Painéis de monitoramento	- Melhor compreensão da efetividade da rede	- Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Formação e Educação Permanente	Formação e Capacitação dos Profissionais da RAPS	- Cursos de graduação do campo da saúde com componentes curriculares de saúde mental e atenção psicossocial - Programas de formação e especialização - Programas de educação permanente do SUS - Parcerias com universidades e instituições de ensino	- Formação em saúde mental - Cursos e capacitações para profissionais da RAPS - Educação continuada para equipes multiprofissionais	- Profissionais capacitados para a RAPS - Capacitações de educação permanente realizadas	- Maior qualificação das equipes de saúde mental	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial - Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS - Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária - Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas - Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Integração Intersectorial e Participação Social	Integração com Políticas Intersectoriais	- Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde - Parcerias com assistência social, justiça, educação e trabalho	- Pactuação de ações intersectoriais para a RAPS - Articulação com redes de proteção social	- Projetos intersectoriais implementados - Ações conjuntas com assistência social e justiça	- Maior efetividade das intervenções psicossociais	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial
Atenção Primária	UBS, eSF, e-Multi (NASF), eCR	- Equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) - Infraestrutura de UBS - Consultórios móveis - Estoque de medicamentos psicotrópicos - e-SUS APS, SISAB, SISREG, SINAN	- Atendimento individual por consulta agendada ou demanda espontânea - Atendimento de atividade coletiva - Busca ativa e visita domiciliar - Encaminhamento para atenção especializada - Promoção da saúde e redução de danos	- atendimentos individuais e coletivos realizados - Visitas domiciliares realizadas - Encaminhamentos para a atenção especializada - Busca ativa realizada - Estratégias de proteção para usuários de álcool e outras drogas	- Redução das internações por transtornos mentais - Fortalecimento do vínculo e adesão ao cuidado - Coordenação do cuidado - Diagnóstico precoce - Diminuição de comportamentos de risco	- Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS - Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária - Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas
	CeCo	- Espaços físicos comunitários - Materiais para atividades culturais e geração de renda - BPA-I, BPA-C, SIA/SUS	- Oficinas culturais e artísticas - Grupos de geração de renda - Ações comunitária	- Oficinas realizadas - Grupos de geração de renda	- Aumento da inclusão social - Promoção de reinserção produtiva	- Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Atenção Psicossocial Especializada	CAPS I, II, III, AD, AD III, i	- Infraestrutura para atendimento psicossocial - Equipe multiprofissional especializada - Consultórios móveis - RAAS-SIA/SUS, SISREG	- Atendimento individual por consulta agendada ou demanda espontânea - Atividade em grupo - Elaboração do PTS - Atendimento a crise psiquiátrica - Oficinas terapêuticas - Busca ativa - Ações territoriais - Matriciamento de equipes da APS	- atendimentos individuais - Atividades em grupo realizada - Usuários com PTS elaborado - Oficinas terapêuticas realizadas - Atividades realizadas no território (fora do CAPS) - Equipes matriciadas na APS	- Redução das internações por transtornos mentais - Reinserção social - Cuidado planejado e individualizado - Suporte a casos complexos e de crise - Resgate de usuários vulneráveis e em abandono - Integração entre atenção especializada e básica	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial - Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU	- Ambulâncias equipadas - Equipe de emergência com psiquiatras e clínicos gerais - SISREG	- Atendimento pré-hospitalar de urgência - Encaminhamento de pacientes em crise para serviços especializados	- Atendimento pré-hospitalar de urgência - Encaminhamento de pacientes em crise para serviços especializados	- Redução de desfechos graves e manejo adequado de crises - Redução do tempo de atendimento emergencial - Continuidade assistencial segura pós-crise	- Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária - Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas
	UPA 24h, Portas de Urgência Hospitalares	- Salas de observação para crise psiquiátrica - Equipe multiprofissional de emergência - SISREG, SIA/SUS, SIH/SUS	- Classificação de risco em saúde mental - Atendimento de crise - Encaminhamento para CAPS ou internação curta	- atendimentos realizados - Encaminhamentos para CAPS e leitos hospitalares	- Atendimento de situações críticas com suporte adequado - Redução de internações	- Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Atenção Hospitalar	Leito em Hospital de Referência	- Infraestrutura de UBS - Equipe profissional especializada em saúde mental - Leitos de saúde mental	- Classificação de risco - Internação de curta duração - Encaminhamento	- Atendimento emergenciais realizadas - Internação de curta permanência - Encaminhamentos para CAPS	- Atendimento de situações críticas com suporte adequado	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial
Atenção Residencial de Caráter Transitório	UA Adulto e Infantojuvenil	- Infraestrutura de moradia provisória - Equipe de apoio 24h - RAAS-SIA/SUS	- Acolhimento temporário - Desenvolvimento de atividades de reinserção social - Articulação com CAPS e UBS para continuidade do cuidado	- Usuários acolhidos - Articulações com CAPS e UBS registradas	- Maior adesão ao tratamento - Redução do retorno à situação de rua - Coordenação do cuidado	- Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS - Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária
Estratégias de Desinstitucionalização	SRT	- Infraestrutura de moradia assistida - Equipes de suporte - RAAS-SIA/SUS	- Acompanhamento contínuo - Apoio social e autonomia progressiva	- Usuários com moradia assistida - atendimentos de suporte psicossocial	- Prevenção de recaídas e melhoria da qualidade de vida - Redução da exclusão social	- Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas
	PVC	- Recursos financeiros do PVC - Articulação com redes de assistência social - Sistema PVC	- Transferência de recursos para beneficiários - Apoio à reintegração social	- Beneficiários recebendo auxílio financeiro - Acompanhamento psicossocial registrado	- Redução da institucionalização prolongada - Maior suporte para reinserção social - Redução da vulnerabilidade social	- Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Componente	Subcomponente	Estrutura	Processo	Produto	Resultados	Impacto
Estratégias de Desinstitucionalização	EAP-Desinst	- Equipes multiprofissionais especializadas - RAAS-SIA/SUS	- Avaliação diagnóstica e elaboração de pareceres técnicos - Acompanhamento de medidas terapêuticas - Articulação entre Justiça e RAPS	- Pareceres técnicos elaborados - Usuários acompanhados regularmente	- Maior garantia de direitos para pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei - Redução da institucionalização prolongada	- Fortalecimento do modelo de atenção psicossocial - Aumento da cobertura de atenção psicossocial
Reabilitação Psicossocial	Cooperativas sociais, empreendimentos solidários e iniciativas de trabalho e renda	- Infraestrutura de trabalho protegido - Parcerias intersetoriais	- Capacitação para trabalho - Apoio ao empreendedorismo social	- Empreendimentos sociais formalizados - Usuários beneficiados em iniciativas de trabalho e renda	- Inclusão produtiva da população atendida na RAPS - Maior independência econômica - Produção de autonomia	- Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS - Taxa de utilização dos serviços psicossociais por faixa etária - Redução da taxa de prevalência por transtornos mentais e abuso de álcool e outras drogas - Redução da taxa de suicídio e mortalidade por transtornos mentais

Fonte: Elaboração da autora, 2025.

APÊNDICE B - Indicadores do modelo lógico da RAPS

Estrutura		Processo	Produto	Resultado / Impacto
Governança	Infraestrutura	Modelo de Cuidado	Acesso e disponibilidade	Qualidade do Cuidado
Nº de planos aprovados por ano	Nº e % de municípios com CAPS e municípios elegíveis para CAPS	Nº de usuários desinstitucionalizados	Nº e % de equipes matriciadas	Nível de satisfação do usuário
Nº de coordenações formalmente instituídas	% UBS com estrutura para apoio psicossocial	% de usuários com PTS elaborados e atualizados	Nº de atividades coletivas e oficinas terapêuticas realizadas	Percentual de usuários com melhora clínica documentada após intervenções
Existência/atualização de normativas e instrumentos de gestão	Nº e % de serviços (CAPS, UA, SRT, CeCo) existentes e habilitados	Nº de ações de promoção de saúde e redução de danos	Nº e % de procedimentos relacionados a transtornos mentais	Estado de Saúde
Plano de Ação Regional atualizado e publicado	Nº leitos de saúde mental existentes e habilitados	Nº de beneficiários ativos no PVC	Nº e % de usuários que fazem uso de medicamento para transtornos mentais	Taxa de prevalência de transtornos mentais e consumo de álcool e drogas
Nº de acordos e convênios vigentes	Disponibilidade de veículo para busca ativa	Nº de cooperativa e empreendimentos sociais em articulação com a RAPS	Taxa de internação por transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas	Taxa de suicídio
Nº de pedidos de habilitação processados	Disponibilidade de ambulância para emergências	% de supervisão clínico-institucional implementada nos serviços	Taxa de internação evitável por transtornos mentais	Percentual de pessoas egressas de institucionalização vivendo em moradia assistida ou independente
Nº de planos regionais formalizados por ano	Estoque de medicamentos e insumos nos serviços		Taxa de reinternação	Cobertura universal
Nº de documentos técnicos publicados e atualizados	Força de Trabalho		Taxa de ocupação e leitos de saúde mental	Cobertura dos serviços de atenção psicossocial
Nº de municípios apoiados tecnicamente pelo MS	% de e-Multi com profissional de saúde mental		Taxa de ocupação de vagas em UA e SRT	Proporção da população com acesso aos serviços da RAPS
Existência de planos atualizados e utilizados na gestão	Nº e % de cursos de graduação com componentes curriculares de saúde mental		Tempo médio de internação	Taxa de utilização dos serviços da RAPS por faixa etária
Relatórios de avaliação de gestão publicados	Nº e % de residências médicas para psiquiatria e saúde mental		Taxa de alta (hospitalar e de tratamento)	
			Taxa de atendimentos de emergência por transtornos mentais	

Estrutura		Processo	Produto	Resultado / Impacto
Financiamento Total de orçamento disponível para implementação e fortalecimento da RAPS Valor total de recursos transferidos aos estados e municípios % de municípios e estados com fundo ativo para a RAPS	Força de Trabalho Nº % de residência multiprofissional em saúde mental Nº e % de profissionais especializados em saúde mental vinculados aos serviços na APS Nº de equipes cadastradas e ativas (por tipo de serviço e tipo de equipe) e completas % de CAPS com equipe completa Nº de EAP-Desinst existentes Nº de profissionais especializados em saúde mental Nº de capacitações realizadas Nº de profissionais capacitados		Acesso e disponibilidade Nº de buscas ativas realizadas Nº de visitas domiciliares realizadas Tempo médio de espera em agendamento de consulta Nº de usuários ativos em acompanhamento Taxa de abandono do tratamento Taxa de tentativa de suicídio	

Fonte: Elaboração da autora, 2025.