



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Antunes da Costa, Pedro Henrique; Basile Colugnati, Fernando Antonio; Mota Ronzani,
Telmo

Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 10, outubro, 2015, pp. 3243-3253

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042187028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura

Mental health services assessment in Brazil: systematic literature review

Pedro Henrique Antunes da Costa ¹

Fernando Antonio Basile Colugnati ¹

Telmo Mota Ronzani ¹

Abstract *Assessment in the mental health area is a mechanism able to generate information that positively helps decision-making. Therefore, it is necessary to appropriate on the existing discussions, reasoning the challenges and possibilities linked to knowledge production within this scientific filed. A systematic review of publications about the Brazilian scientific production on mental health service assessment was performed, identifying and discussing methods, assessment perspectives and results. The search for articles was done in IBECs, Lilacs and Scielo databases, considering the publication of Federal Law 10.216. Thirty-five articles were selected based on the used terms and on the inclusion and exclusion criteria. Scientific production in this field is concentrated in the South and Southwest regions and holds different scopes and participants. Such wide range of possibilities is adopted as a way to help improving services and decision-making processes in mental health care. Advances in humanized, participative and community care are highlighted, but requiring more investments, professional qualification and organizational improvements. It is postulated greater integration among research, with evaluations going beyond structural aspects and the comparison with hospitalocentric models.*

Key words *Mental health, Mental health services, Health evaluation, Health services evaluation, Review*

Resumo *A avaliação em saúde mental é um mecanismo capaz de produzir informações que contribuam positivamente para a tomada de decisão na área. Logo, é preciso apropriar-se das discussões existentes, refletindo sobre desafios e possibilidades na produção de conhecimento neste campo. Realizou-se uma revisão sistemática da produção científica brasileira sobre avaliação de serviços em saúde mental, identificando e discutindo métodos, perspectivas avaliativas e resultados. A busca de artigos ocorreu nas bases de dados IBECs, Lilacs e Scielo, com recorte temporal da publicação da lei 10.216. Foram encontrados 35 artigos por meio dos descritores e critérios de inclusão e exclusão utilizados. A produção da área concentrou-se nas regiões Sul e Sudeste, com diversos âmbitos e participantes, visando contribuir para o aprimoramento de serviços e decisões na área. Destacam-se os avanços no cuidado, com tratamento humanizado, participativo e comunitário, mas carecendo de maiores investimentos, qualificação profissional e melhorias organizacionais. Postula-se maior integração entre pesquisas, com as avaliações ultrapassando aspectos estruturais e a comparação com modelos hospitalocêntricos.*

Palavras-chave *Saúde mental, Serviços de saúde mental, Avaliação em Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Revisão*

¹ Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Alcool e outras Drogas, Universidade Federal de Juiz de Fora. R. José Lourenço Kelmer s/n, Martelos. 36036-330 Juiz de Fora MG Brasil. phantunes.costa@gmail.com

Introdução

As atuais políticas de saúde mental brasileiras originam-se de mobilizações e lutas de usuários, familiares e trabalhadores, visando mudanças no cenário de exclusão e aprisionamento das pessoas com transtornos mentais. Tal processo de reivindicação e participação popular ganha força na década de 80 e resulta na Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira que, ao embasar políticas de Estado – como a Lei n.º 10.216, de abril de 2001 –, representa um grande avanço no tratamento de pessoas com transtornos mentais, em direção à comunidade, assegurando direitos humanos e potencializando a cidadania^{1,2}.

Tem-se o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, com a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, isto é, uma rede de dispositivos para atender a população com transtornos mentais de forma aberta, comunitária e com atuação em seus territórios. No processo de ampliação da RP surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que a partir de 2011 passa a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS)³. A RAPS é a articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento, transtorno mental e/ou usuárias de drogas. Ela é constituída por seis níveis de atenção e dispositivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ser de três tipos (I, II e III), de acordo com a estrutura e horário de funcionamento, voltados especificamente para crianças e adolescentes (CAPSi) ou usuários de drogas (CAPSad); Unidades Básicas de Saúde (UBS); equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), consultórios na rua, residências terapêuticas, dentre outros³. Como dimensão da expansão da RP no Brasil nos últimos anos, segundo dados do SUS, até o final de 2014 existia 2209 CAPS de todos os tipos em 1413 municípios brasileiros, em detrimento de 1326 CAPS em 947 municípios no ano de 2008⁴.

Nesse cenário, a avaliação adquire uma função fundamental para a superação dos modelos hospitalocêntricos tradicionais e também para a participação social na temática⁵. A partir da reformulação do modelo assistencial em saúde mental e sua expansão, os processos avaliativos adquirem função política de servir como instrumento de potencialização das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico⁶.

Embora existam diversos conceitos sobre a avaliação em saúde e saúde mental, esta é compreendida pelos autores a partir da saúde coletiva, como um processo reflexivo sobre um objeto,

que produz informações essenciais para o seu entendimento e aprimoramento⁷. Corrobora-se com Almeida e Escorel⁵, que apontam a necessidade da avaliação em saúde mental permitir retroalimentações, objetivando reverter ou minimizar entraves, bem como potencializar a assistência prestada.

Assim, a avaliação em saúde mental apresenta-se como um processo capaz de influenciar a tomada de decisão, produzindo informações para julgamentos com maior validade^{5,7}. Considerando a complexidade da temática e a reformulação do modelo de atenção, estratégias de avaliação desse modelo são necessárias para acompanhar sua implantação e funcionalidade⁸. Os serviços, suas racionalidades e práticas podem ser potencializados a partir de reflexões aprofundadas, visando maior eficácia, efetividade e melhoria da vida dos usuários.

Contudo, conforme enfatizam Medina et al.⁹, a visão de mundo do avaliador e suas inserções orientam o recorte de objeto e objetivos. Para a minimização destes fatores, deve-se considerar o ponto de vista dos diferentes atores dos serviços (usuários, familiares, profissionais etc.), visando orientar as políticas da área, bem como a organização da RAPS³.

Por outro lado, considerando a participação de diferentes atores, os programas frequentemente apresentam lógicas distintas, nem sempre havendo consenso sobre seus objetivos e resultados. A dificuldade em se obter consenso e as diferentes posições e visões de mundo interpelam desafios epistemológicos e metodológicos que podem impactar a validade da avaliação⁹.

Destarte, é preciso apropriar-se das discussões que perpassam a avaliação em saúde mental, refletindo sobre os desafios e possibilidades na produção de conhecimento neste campo. Assim, a presente revisão sistemática objetiva analisar a produção brasileira sobre avaliação de serviços em saúde mental, assim como identificar e discutir perspectivas avaliativas nestes serviços e seus resultados. Toma-se como base a RAPS, avaliando os serviços assistenciais nela constados. Como recorte temporal, é utilizada a Lei n.º 10.216, de abril de 2001, um marco que redireciona o modelo de atenção em saúde mental no Brasil¹.

Metodologia

A estratégia de busca foi delineada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde: *Lilacs*, *IBECs* e *SciELO*. Na definição dos descritores foi

empregado o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), um dicionário de indexação de termos criado pela Bireme. A periodicidade da busca foi de janeiro a fevereiro de 2013.

No processo de busca utilizou-se o *operador booleano and*, na associação dos seguintes descritores: *Health Services Research; Health Services Evaluation; Health Evaluation; Program Evaluation; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Evaluation Studies; Health Research Evaluation; Evaluation com Community Mental Health Services; Mental Health; e Mental Health Services*. Em seguida, o mesmo operador foi utilizado na associação dos descritores traduzidos para o português, de acordo com o DECS.

Empregados os descritores supracitados, apareceram 1235 artigos que faziam referência à associação dos termos procurados. Em seguida, foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos, avaliando-os para inclusão ou exclusão.

Os critérios de inclusão foram: 1) pesquisas empíricas avaliando serviços brasileiros em saúde mental; 2) estudos realizados após a regulamentação da lei federal 10.216 até o momento da coleta (fevereiro de 2013); 3) avaliações com usuários, profissionais, familiares ou demais atores participantes do cotidiano destes serviços; e 4) estudos em português, inglês e espanhol. Foram excluídos os artigos com pelo menos uma das seguintes características: 1) artigos teóricos, relatos de experiências, estudos avaliando propriedades psicométricas de instrumentos, teses, dissertações e/ou pesquisas em serviços fora do Brasil; 2) estudos realizados antes da regulamentação da lei federal 10.216; 3) avaliações com atores que não participam da dinâmica destes serviços; e 4) estudos que não estivessem em português, inglês e espanhol.

Após leitura dos resumos, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e descarte dos resumos duplicados, restaram 65 trabalhos. Todos foram lidos na íntegra, descartando mais 35 que também não estavam de acordo com os critérios supracitados. Após consultoria com especialistas na área, dois artigos foram incorporados. As referências bibliográficas dos 32 artigos restantes foram lidas e mais três artigos foram incluídos, resultando nos 35 artigos que compõem a amostra final. O processo de busca está ilustrado na Figura 1.

Estes artigos foram tabulados, discriminando os seguintes itens: autores, ano, periódico de publicação, descrição do tema de estudo, tipo de avaliação, referenciais teórico-metodológicos, métodos e resultados encontrados. Por fim, rea-

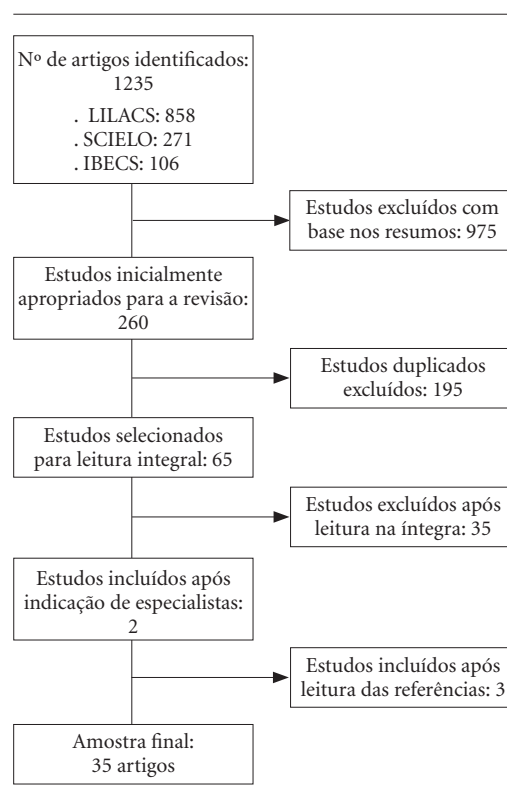


Figura 1. Processo de seleção dos estudos.

Fonte: Dos autores.

lizou-se análises descritiva da amostra e qualitativa dos resultados das avaliações, acompanhadas de discussão crítica do material.

Todo o procedimento de busca ocorreu por meio da avaliação por pares, com dois pesquisadores coletando e lendo os artigos, avaliando-os em relação aos critérios de inclusão e exclusão e chegando a um consenso. O programa *EndNote web* foi utilizado como ferramenta de apoio e organização do material.

Resultados

Indicadores Bibliométricos

A partir do recorte temporal estabelecido – implantação da lei federal 10.216 – em oito dos 11 anos que se sucederam pelo menos um estudo foi publicado dentro dos critérios de busca da revisão. Somente em 2002, 2003 e 2005 não foram detectados nenhum artigo publicado. Foram publicados em média quatro artigos por

ano (DP=3,16). Destacam-se os anos de 2009 e 2011 com nove e dez estudos, respectivamente. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos de saúde pública ou coletiva, seguidos por revistas de enfermagem, psiquiatria e psicologia.

Dos 35 estudos da revisão, oito (22,9%) originaram-se de uma pesquisa multicêntrica ocorrida em CAPS da região Sul. Ressalta-se a grande participação de grupos das universidades Federal de Pelotas (UFPEL), Federal de São João Del Rei (UFSJ), Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Estadual de Campinas (UNICAMP).

Regiões e Serviços Estudados

Com relação às regiões estudadas, quase todos os estudos concentraram-se nas regiões Sul e Sudeste, com 20 avaliando serviços da região Sudeste, e 15 da Sul. Além destes, um artigo avaliou um serviço da região Norte, e outro realizou uma avaliação em âmbito nacional de CAPS e hospitais psiquiátricos, englobando serviços do Nordeste e Centro-oeste, também. Por envolver todas as regiões, tal estudo é contado quatro vezes ao invés de uma, fazendo com que o somatório seja de 38, e não 35.

Os CAPS foram avaliados em 24 estudos (68,6%). As UBS foram objeto de avaliação em cinco artigos (14,3%). Os CAPSad, CAPSi, ambulatórios de saúde mental, hospitais psiquiátricos e residências terapêuticas foram alvo de três avaliações cada (8,6%). Duas pesquisas avaliaram centros regionais de referência em saúde mental de um município mineiro (5,7%), um estudo avaliou um programa de geração de renda, e outro um serviço de psiquiatria de um hospital geral. Oito estudos (22,8%) avaliaram mais de um tipo de serviço, fazendo com que a soma da frequência ultrapasse os 100%. Destes oito, dois trabalhos abordam diretamente o conceito de rede, com um estudo avaliando a rede de CAPS de Campinas e outro a rede de serviços substitutivos de São Paulo, sendo ambos anteriores a promulgação da RAPS.

Métodos, Instrumentos e Participantes

A maioria dos estudos teve abordagem qualitativa (15 estudos - 42,9%). Os estudos com abordagem quantitativa representaram 40,0% da amostra (14 estudos). Seis artigos (17,1%) tiveram uma abordagem mista, agregando métodos quantitativos e qualitativos. Nos trabalhos qualitativos observou-se predominância de estudos de caso e pesquisas participativas. Nos quantitativos

foram comuns os delineamentos transversais (descritivos e correlacionais).

Dezenove avaliações (54,3%) utilizaram mais de uma forma de coleta dos dados. As mais empregadas foram as entrevistas, em 17 (48,6%). Questionários e escalas foram utilizados em 16 (45,7%), com a Escala de Avaliação da Satisfação dos Pacientes com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) como um dos instrumentos de coleta de dados em 12 avaliações (34,3%), e a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental (IMPACTO-BR) em cinco (14,3%). Outras formas de coleta de dados foram: prontuários clínicos (três estudos), grupos focais (quatro) e observação de campo (sete).

Os usuários de serviços em saúde mental foram parte da população-alvo de 22 avaliações (62,9%); profissionais dos serviços em 23 (65,7%); familiares de usuários em 19 (54,3%); e gestores dos serviços ou da rede de saúde mental participaram em três avaliações (8,6%). Vinte e um estudos (60,0%) avaliaram mais de um grupo de participantes, repetindo-se na contagem das frequências. Os estudos foram conduzidos por pesquisadores vinculados a instituições de ensino superior (professores, alunos de graduação e pós-graduação) e em coautoria com profissionais dos serviços.

Referenciais Teórico-Metodológicos

O referencial teórico-metodológico mais utilizado foi a Avaliação de Quarta Geração, de Guba e Lincoln¹⁰, embasando nove estudos (25,7%). A Hermenêutica Gadameriana foi utilizada em quatro (11,4%), o método avaliativo de Donabedian, a pesquisa somativa de Selltitz et al.¹¹ e Contandriopoulos et al.¹², em três cada (6,2%). Outros referenciais teórico-metodológicos, como a teoria da representação social, o discurso do sujeito coletivo e teorias de gestão da produção fundamentaram um estudo cada. Treze avaliações quantitativas (37,1%) não explicaram seus referenciais teóricos, dificultando a classificação.

Classificação dos Tipos de Avaliação

Para a classificação das avaliações foram utilizadas as tipologias propostas por Novaes¹³ e Donabedian¹⁴. Tais referenciais foram empregados por se tratarem de esforços de identificação e sistematização dos enfoques e critérios nucleares dos processos de avaliação em saúde. Dessa forma, podem possibilitar uma compreensão mais

aprofundada das abordagens e das funções das avaliações para a saúde mental.

Novaes¹³ identifica três tipos de avaliação na saúde: pesquisa de avaliação, avaliação para gestão e avaliação para decisão. Com relação aos estudos da revisão, 19 foram classificados como avaliações para gestão (54,3%), cujas principais características foram: buscar aprimorar o serviço; contexto natural; presença do avaliador interno ao serviço; maior ênfase nos métodos quantitativos; e indicadores que possam ser quantificados e replicados¹³. Os outros 16 estudos (45,7%) foram categorizados como avaliações para decisão, obedecendo aos seguintes critérios: caracterização e compreensão em profundidade do serviço; objetivo de impactar o processo de tomada de decisão; posição decisiva do avaliador interno; maior utilização de métodos qualitativos; e apreensão em contexto natural¹³. Enquanto a primeira se ocupa da formulação de indicadores e posterior proposição de critérios para o bom funcionamento do serviço, a segunda busca uma compreensão mais contextualizada para auxiliar nas tomadas de decisão de seus atores¹³.

Já Donabedian¹⁴ propõe a avaliação da qualidade dos serviços em saúde a partir de três categorias: estrutura, processos e resultados. Ao todo, 20 estudos (57,1%) avaliaram aspectos relacionados à estrutura e atributos dos serviços (recursos materiais, humanos e estrutura organizacional); 25 (71,4%) avaliaram a categoria processos, que diz respeito às ações realizadas tanto na oferta quanto no recebimento do cuidado (atividades dos usuários e profissionais); e 29 (82,9%) abarcaram a dimensão dos resultados, envolvendo efeitos do cuidado nas condições de saúde dos usuários, familiares e profissionais. Ressalta-se que 22 estudos (62,9%) combinaram mais de uma categoria de avaliação, com 16 (45,7%) avaliando estrutura, processos e resultados.

Análise Qualitativa dos Resultados dos Artigos

Visando possibilitar avanços substanciais em torno do trabalho empírico e, considerando a insuficiência de dados meramente percentuais para a abordagem de 35 artigos, os resultados das avaliações foram destrinchados e analisados qualitativamente. As seguintes categorias analíticas foram levantadas previamente e aprimoradas com a leitura dos estudos, sendo pormenorizadas ao longo dos resultados: eficácia e efetividade dos tratamentos; nível de satisfação dos usuários, familiares e profissionais; recursos (humanos, es-

truturais, financeiros etc.); processos de trabalho e cuidado; e gestão.

As avaliações apontam para os avanços no cuidado às pessoas com transtornos mentais a partir da RP brasileira. As recentes políticas na área, os serviços substitutivos e a RAPS representam estes progressos, garantindo acesso ao tratamento humanizado, participativo e comunitário^{15,16}.

Os usuários e familiares apresentam níveis de satisfação elevados com os serviços substitutivos, em especial aos CAPS, ESF e residências terapêuticas¹⁷⁻²³. Observa-se essa satisfação atrelada ao cuidado integral, postura acolhedora e humanizadora, ruptura com o isolamento social, estabelecimento de vínculos, melhoras nas condições clínicas, qualidade de vida e auxílio na relação com os transtornos mentais^{16-19,22,24-26}. Contudo, devido à comparação com os modelos hospitalocêntricos tradicionais, torna-se difícil a avaliação crítica dessas estratégias, onde a própria noção de tratamento adquire sentido a partir do contato com os serviços substitutivos^{17,26}.

Em estudo realizado nos CAPS III de Campinas, Campos et al.²⁷ constataram alta eficácia na continência de usuários e familiares no momento da crise e reabilitação psicossocial. Tomasi et al.²⁸ observaram reduções significativas na ocorrência de crises, uso de medicamentos e número de internações psiquiátricas entre os usuários com maior tempo de CAPS e em atendimento intensivo. Entre os não intensivos, o uso de medicamentos também diminuiu e a participação em grupos e oficinas terapêuticas aumentou. Em estudo de Silva et al.²³ os usuários relataram melhoras em relação ao humor, problemas pessoais, interesse pela vida, autoconfiança, qualidade do sono, estabilidade emocional e capacidade de suportar situações difíceis. Jaegger et al.²¹, ao avaliarem o grau de satisfação de usuários de residências terapêuticas, observaram a importância destes dispositivos no cuidado e inserção comunitária. Tais estudos trazem indicativos sobre a eficácia e efetividade das estratégias substitutivas.

Com relação à satisfação dos profissionais, os estudos observaram níveis intermediários e altos de satisfação com os serviços, tendo como principais fontes de satisfação os fatores relacionados ao trabalho em equipe interdisciplinar^{18,25,29-33}. Observou-se nos serviços substitutivos altos escores de satisfação relacionados ao trabalho realizado, a partir de projetos inovadores e diferenciados^{25,31-33}.

Em detrimento destes resultados positivos, grande parte dos estudos aponta para insatisfa-

ções e sobrecarga de trabalho devido à grande demanda, escassez de recursos humanos, infraestrutura, formação insuficiente, dentre outros aspectos. Estes fatores limitam a autonomia de atuação, atrapalhando a organização dos serviços e fazendo com que os profissionais assumam diversas responsabilidades e se sintam desmotivados^{15,18,19,22,23,31-40}.

Ademais, questiona-se o número insuficiente de CAPS, sobretudo os CAPSad e CAPSi⁴¹. Há a necessidade de maior enfoque em temáticas relacionadas à saúde mental e/ou aspectos globais da saúde, como a promoção de saúde, uso de drogas, sexualidade etc.^{24,27,42,43} Em estudo que avaliou a abordagem às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) em CAPS e hospitais psiquiátricos do Brasil, verificou-se os CAPS apresentando melhores resultados que os hospitais psiquiátricos na prevenção e assistência às DSTs e nos recursos terapêuticos, principalmente na reinserção social. Apesar disso, poucos eram os serviços com programas de educação sexual e os CAPS possuíam maior escassez de recursos humanos e materiais que os hospitais psiquiátricos³⁴.

Com relação ao processo de trabalho e cuidado, a organização em equipe interdisciplinar é colocada como fator imprescindível para um cuidado integral, acolhedor e diferenciado. Os procedimentos e abordagens são discutidos e organizados por técnicos ou equipes de referência, variando de acordo com as necessidades e sendo elaborados por meio de projetos terapêuticos singulares^{26,27,43-45}.

Contudo, essa dinâmica interdisciplinar, com as equipes de referência organizando o processo de trabalho, enfrenta alguns obstáculos, como: invisibilidade de alguns usuários, com atividades e projetos terapêuticos estabelecidos sem abarcar suas necessidades⁴⁰; visão inferiorizada sobre o técnico de referência nos CAPS; delimitação de papéis rígidos e sua influência no trabalho⁴⁶; sobrecarga profissional e excesso de responsabilização pelos casos⁴³; atuação isolada de alguns profissionais, em especial os psiquiatras⁴⁵; e falta de conhecimento sobre os próprios modelos de atenção dos CAPS³⁷.

Ao mesmo tempo em que alguns estudos constataram diversas modalidades terapêuticas e projetos extravasando os muros das instituições^{26,34,36,45}, outros apontaram para os serviços e ações não abrangendo características e necessidades dos usuários^{15,22,27,36,37,47}. Destarte, as seguintes modificações são sinalizadas: maior diversificação e aumento na oferta de atividades e atendimento nos CAPS²²; extensão da assistência,

com funcionamento 24 horas por dia^{27,35}; e reversão da atenção intramuros de alguns CAPS, com maior inserção no cotidiano das comunidades e utilização de seus recursos^{15,37,47}.

Observou-se um cenário contraditório também na inserção da família no tratamento. Em alguns casos o cuidado à família é tido como ponto positivo das estratégias substitutivas¹⁹, mas em outras situações é difícil abarcar e empoderar a família no tratamento e cotidiano dos serviços através do cuidado compartilhado^{15,16,18,35,37,40,45}. As visitas domiciliares aparecem como importantes estratégias de cuidado em saúde mental¹⁹, mas com uma aparente subutilização por algumas equipes^{15,45}. Em estudo com usuários de residência terapêutica, esta estratégia adquire um caráter paradoxal, sendo fator de segurança, mas vista por alguns usuários como invasão de privacidade²¹.

A articulação entre os serviços, numa perspectiva de trabalho em rede, aparece como um objetivo a ser alcançado. Os serviços aparecem pouco integrados³⁶, carecendo de redes articuladas⁴⁴. A construção de redes externas aos CAPS é reconhecida pelos profissionais, mas sua sustentação é difícil, devido à escassez de recursos comunitários, sobrecarga de trabalho etc.⁴³ Apon-ta-se a necessidade da organização da assistência em saúde mental nas UBS, principalmente através das equipes de ESF, fortalecendo a atuação da atenção básica⁴².

Campos et al.⁴² compararam o desempenho de UBS segundo a implantação de arranjos de atenção básica e saúde mental, como o apoio matricial, projetos terapêuticos, discussão de casos clínicos, dentre outros. Os autores identificaram melhores resultados nas UBS que implantaram um maior número de estratégias que articulasse atenção básica e saúde mental nos seguintes aspectos: integração dos agentes comunitários nas equipes; percepção de melhora da assistência pelos profissionais; e facilidade para encaminhamentos e assistência⁴². Outro estudo identificou que a implantação da ESF aumentou a eficácia no agendamento de consultas para saúde mental⁴⁸. Ribeiro et al.⁴⁹ compararam o perfil de assistência em saúde mental realizado por UBS com e sem equipe de ESF e observaram que a UBS com equipe de ESF apresentou melhor padrão de registros de dados e maior participação de médicos nas referências.

Contudo, a articulação da saúde mental com a atenção básica também apresenta os seguintes entraves: insuficiência de serviços e profissionais na atenção básica⁴¹; dificuldades na implanta-

ção do apoio matricial^{42,49}; falta de preparo dos profissionais, com desentendimento da proposta de cuidado e carência de esclarecimentos aos usuários⁴⁸; encaminhamento como repasse de responsabilidades⁴⁰; obstáculos na referência e contrarreferência influenciando na interlocução entre serviços^{34,42,45,49}; e escassez de políticas para além da saúde²⁶.

Sobre o papel da gestão municipal em subsidiar a atuação dos profissionais e funcionamento dos serviços, os seguintes problemas são destacados: investimento em modelos hospitalocêntricos⁴⁵; carência de diálogo com os profissionais²²; precarização de mão de obra e insuficiência de recursos para capacitação²⁷; falta de investimento na estruturação dos CAPS⁴⁰; e necessidade de projetos políticos que invistam na estruturação e fluxo da rede em saúde mental⁴⁰.

Ficam evidentes os diversos estigmas às pessoas com transtornos mentais⁴⁵. Tais estigmatizações advêm da sociedade, mas também de profissionais⁴⁷. Assim, os serviços substitutivos e RAPS trabalham na direção da inclusão social, como desmistificador dos ideários tradicionais sobre o sofrimento psíquico^{46,47}.

Discussão

A avaliação é uma atividade complexa, que não deve ser realizada de maneira instrumental tecnicista, mas considerando os serviços como sistemas reflexivos, numa amplitude de conexões e interdependências que expressam relações conflituosas nos contextos em que se inserem⁵⁰. Essa racionalidade dos sistemas abrangentes é tomada para a saúde mental, pois uma aplicação isolada de avaliações pode deslegitimar serviços públicos de tratamento, como os CAPS, cujos obstáculos encontrados para a sua efetividade também refletem as barreiras de outros serviços e cenários⁵¹.

Nesse sentido, a partir das conceituações de Novaes¹³, é importante ressaltar a predominância de avaliações que visam impactar os processos de decisão ou contribuir para o aprimoramento das intervenções e serviços em saúde mental. Contrapõem-se, assim, às avaliações que visam somente produzir conhecimentos reconhecidos pela academia, a partir de uma objetividade e neutralidade supostamente alcançáveis pela distância entre avaliadores e pessoas do serviço¹³.

Logo, é preciso entender a importância de se criar condições para julgamentos críticos, implementando estratégias que favoreçam trocas, aprendizado e abertura de novas frentes de in-

tervenção, entendendo a avaliação para além de um guia racional de escolhas⁷. Como elucidam Contandriopoulos et al.⁵², “sendo o objetivo final da avaliação o de ajudar na tomada de decisões, é preciso se interrogar sobre a influência que as informações fornecidas pelo avaliador podem ter nas decisões”.

Sabe-se que os atores que fazem parte do sistema de saúde mental possuem necessidades distintas de informação e, em grande parte, não conseguem chegar a um consenso sobre os métodos de avaliação ou os resultados não satisfazem às expectativas de todos. Um desafio para a avaliação é conseguir incorporar os pontos de vista desta pluralidade de atores e suas posições, possibilitando informações pertinentes para decisões contextualizadas⁷.

Sobretudo, é forçoso considerar a participação dos usuários envolvidos na construção das políticas e contexto dos serviços⁶. Tal fator deve sobrepor possíveis incapacidades ou indisponibilidades dos serviços em ouvir o usuário e considerar suas opiniões, provendo espaços de empoderamento sobre suas próprias condições de vida^{19,23}.

Analisando a necessidade de produção de informações coerentes para os sujeitos envolvidos nos serviços e a complexidade da saúde mental, é imperativo considerar a associação de indicadores objetivos e fenômenos subjetivos, combinando diferentes técnicas e métodos que captem realidades em constante movimento⁸, possibilitem processos de transformação coletiva e sejam capazes de produzir informações coerentes para os sujeitos envolvidos⁷. A junção de métodos qualitativos e quantitativos, com atores dos vários grupos de interesse, representa um caminho para as políticas brasileiras em saúde mental baseadas em evidências⁵³. Assinala-se a necessidade de mais estudos empregando métodos mistos, mas entendendo que o processo de interpretação e reflexão sobre os dados é essencialmente qualitativo.

Nos estudos de abordagem qualitativa, verificou-se a triangulação agregando consistência e sendo utilizada nos delineamentos, coleta e análises dos dados. Nas avaliações com métodos quantitativos, iniciativas de adequação de instrumentos através de adaptações e validações aumentaram a validade e confiabilidade dos dados, possibilitando comparabilidade⁵⁴.

Devido à intrínseca relação entre fatores estruturais, processos de trabalho e resultados, destaca-se que, a partir da classificação de Donabedian¹⁴, quase metade dos estudos avaliou a

qualidade do cuidado abarcando estas três dimensões integradas. Isto pode auxiliar para uma compreensão mais abrangente e integrada da realidade dos serviços.

Destarte, é importante pensar em possibilidades de integração da produção avaliativa, consolidando caminhos para os serviços e desenvolvendo um sistema em saúde mental baseado em evidências^{8,55}. O objetivo não é construir “um pensamento único e dominante” e restringir a criatividade dos pesquisadores, mas abarcar certa coerência teórica entre os saberes⁵. Assim, é importante incorporar indicadores de estudos prévios e replicar modelos e técnicas avaliativas consistentes, para que seja possível comparar resultados e refletir sobre serviços e políticas⁸.

A produção na área aparenta crescer nos últimos anos, tendo como possíveis explicações: 1) maior interesse sobre a temática pela academia, potencializada pelo trabalho precursor de grupos de pesquisa na área, como os da UFPEL, UFSJ e UNICAMP⁸; e 2) maior investimento das agências de fomento, possibilitando “uma modesta, mas crescente presença na pesquisa em saúde mental no cenário internacional”⁵⁵.

Contudo, essa tendência de crescimento deve ser problematizada, devido à concentração de estudos nas regiões Sul e Sudeste. Tais achados nos fazem questionar os porquês da não apropriação da temática para as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Assim, é necessário considerar diferenças locais, regionais e nacionais entre os serviços, fornecendo um panorama expandido sobre a realidade brasileira⁵⁴. O desenvolvimento de pesquisas sobre serviços em saúde mental nestas regiões pode ser fomentado através de grupos, redes colaborativas ou fomentos direcionados.

Um aspecto importante diz respeito à consideração na avaliação das particularidades de algumas condições dentro da saúde mental, como o uso de drogas, o cuidado a crianças e adolescentes, dentre outros. Acredita-se que o baixo número de avaliações em serviços como os CAPSad e CAPSi seja reflexo de insuficiências destes dispositivos (existem somente 309 CAPSad e 201 CAPSi no Brasil⁴), ou de entraves no cuidado compartilhado. Tais aspectos e serviços não podem ser considerados como meras adjacências a partir de transposições de modelos reificados, cristalizando práticas e desconsiderando particularidades. Estes são fatores que devem ser englobados integralmente, ajustando de forma equânime e democrática as ações às necessidades da população, dentro de uma perspectiva ampliada da saúde⁴⁴.

Acerca da análise dos resultados das avaliações, imperam melhores condições de trabalho e assistência, com: reversão do cenário de insuficiência dos serviços substitutivos; avanços no financiamento e disposição de recursos humanos e estruturais; melhores garantias trabalhistas; fortalecimento do trabalho em rede; e modificações na formação e qualificação profissional^{15,18,19,22,23,27,34-40}.

O apoio matricial aparece como estratégia para reversão da lógica de encaminhamentos, definindo fluxos, qualificando as equipes e operacionalizando o cuidado compartilhado. A partir do contato com a realidade, tal arranjo permite a constituição de espaços reflexivos sobre práticas e saberes⁵⁶. Deve ser potencializado e institucionalizado através de sistemas estruturados, onde as equipes especializadas, como os CAPS, impliquem ações contínuas de supervisão, educação permanente ao restante dos profissionais e serviços da rede⁴⁹. Assim, é possível reorientar o trabalho, promovendo a integração dos serviços, com os encaminhamentos indiscriminados dando lugar à corresponsabilização^{42,56,57}.

Tais constatações são corroboradas por Gregório et al.⁵⁸ que, ao revisarem a agenda de pesquisa em saúde mental no Brasil, identificaram as seguintes prioridades: intervenções ao nível dos cuidados primários, articulando atenção básica e saúde mental; avaliação das políticas dos serviços; análises sobre custo-efetividade dos antipsicóticos; desenvolvimento de intervenções para diminuir o consumo de drogas; identificação de obstáculos ao tratamento; e capacitação e supervisão de profissionais não especialistas.

Dessa forma, questiona-se a participação da gestão (federal, estadual e municipal) na formulação e implementação de políticas e projetos que permitam o trabalho integrado e ampliado, a partir da RP³⁷. A necessidade de gestões democráticas e de se aprimorar a formação de gestores também deve ser considerada, pois é responsabilidade desses atores o gerenciamento da RAPS, além do trabalho das equipes interdisciplinares²⁷.

A partir dos achados, observa-se o início de um segundo momento (ou fase) na avaliação dos serviços em saúde mental no Brasil. As estratégias substitutivas e o processo de desinstitucionalização, apesar dos entraves, mostram-se mais humanos, efetivos e eficazes do que os modelos hospitalocêntricos. Nesse sentido, os processos avaliativos devem ultrapassar a mera comparação dos serviços substitutivos com os hospitais psiquiátricos. Isto não quer dizer que tais comparações sejam desnecessárias e não precisem ser

reforçadas através das avaliações, considerando a complexidade do campo e fatores políticos. Contudo, propõe-se que se vá além destas comparações, com exercícios críticos – como alguns artigos da revisão – que problematizem os entraves das políticas e modelos de atenção substitutivos, ‘descristalizando’ práticas e saberes. Deste modo, acredita-se que os serviços possam ser potencializados, contribuindo para a consolidação da RP brasileira, que é um processo contínuo.

Por fim, o presente estudo possui as seguintes limitações: desconsideração de artigos indexados em outras bases de dados ou publicados posteriormente; terminologia utilizada, não havendo uma padronização nas palavras-chave de artigos; e a não inclusão de dissertações, teses, relatos e toda uma literatura cinzenta de difícil sistematização de busca. Apesar destas limitações, acredita-se que foi possível demonstrar e analisar criticamente o panorama da avaliação de serviços em saúde mental no Brasil.

Conclusões

A presente revisão, assim como uma avaliação bem-sucedida, ao invés de findar as discussões sobre a avaliação de serviços em saúde mental no

Brasil, tem o papel de problematizar e abrir possibilidades para novas perguntas. A própria avaliação em saúde mental não é finita em si, sendo um exercício questionador contínuo e dinâmico, abarcando diversos atores, métodos e envolvendo competências variadas⁵².

Foram observadas diversas conceituações sobre avaliação na saúde mental, abrangendo variados métodos e participantes, o que reflete a complexidade da área. Postula-se uma maior integração entre as pesquisas, visando agregar e aprofundar o conhecimento, o que não quer dizer uma imposição de paradigmas e métodos, nem a restrição da criatividade dos pesquisadores.

É forçosa a ampliação dos dispositivos substitutivos e RAPS, com maiores investimentos em infraestrutura, qualificação de recursos humanos e melhorias organizacionais. Contudo, somente os componentes estruturais não são suficientes para avançar frente aos desafios impostos pela complexidade do tema. Coloca-se a necessidade das avaliações sobre os serviços em saúde mental irem além destes aspectos e da comparação com os modelos hospitalocêntricos tradicionais, problematizando as dificuldades de concretização dos novos modelos e políticas e fortalecendo as potencialidades.

Colaboradores

PHA Costa, TM Ronzani e FAB Colugnati contribuíram igualmente na concepção, desenho do estudo, análise, interpretação dos dados e elaboração do artigo.

Agradecimentos

À Daniela Mota e Leonardo Martins pelas discussões e valiosas contribuições. Aos revisores pelas sugestões que aprimoraram a qualidade do artigo. À CAPES, à FAPEMIG e ao CNPQ.

Referências

1. Brasil. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
2. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):297-305.
3. 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. *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
4. *Sala de Apoio à gestão Estratégica* [acessado 2015 fev 19]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.
5. Almeida PF, Escorel S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. *Saúde Debate* 2001; 25(58):35-47.
6. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004; 13(4):593-598.
7. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
8. Lima FC, Schneider DR. Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional. *Revista Caminhos* 2013; 4(6):39-64.
9. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZAM, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 41-63.
10. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
11. Sellitz C, Wrightsman L, Cook S. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: EPU; 1987.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Bouyle P. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1994.
13. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5):547-559.
14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12):1743-48.
15. Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4405-4414.
16. Duarte MLC, Kantorski LP. Avaliação da atenção prestada aos familiares em um centro de atenção psicossocial. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(1):47-52.
17. Bandeira M, Silva MA, Camilo CA, Felício CM. Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *J. bras. psiquiatr.* 2011; 60(4):284-293.
18. Camilo CA, Bandeira M, Leal RMAC, Scalón JD. Avaliação da satisfação e sobrecarga em um serviço de saúde mental. *Cad. saúde colet.* 2012; 20(1):82-92.
19. Coimbra VCC, Kantorski LP, Oliveira MM, Pereira DB, Nunes CK, Eslabão AD. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP* 2011; 45(5):1150-1156.
20. Heckert U, Teixeira LS, Trindade AS. Avaliação da satisfação dos usuários do Centro Regional de Referência em Saúde Mental (CRRESAM) da região central de Juiz de Fora, MG. *HU Revista* 2006; 32(1):15-19.
21. Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, Lima LA, Legay LF. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. *Cad. Saúde Colet.* 2004; 12(1):27-39.
22. Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, Bielemann VL, Schwartz E, Coimbra VCC, Quevedo ALA, Saraiva SS. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):29-35.
23. Silva MA, Bandeira M, Scalón JD, Quaglia MAC. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. *J. bras. psiquiatr.* 2012; 61(2):64-71.
24. Costa CS, Bandeira M, Cavalcanti RLA, Scalón JD. A percepção de pacientes e familiares sobre os resultados do tratamento em serviços de saúde mental. *Cad Saude Publica* 2011; 27(5):995-1007.
25. Kantorski LP, Coimbra VCC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2059-2066.
26. Surjus LTLS, Campos RO. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2011; 14(1):122-133.
27. Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):16-22.
28. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, Silva SM. Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):807-815.
29. Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):624-632.
30. Ishara S, Bandeira M, Zuairi AW. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008; 30(1):38-41.
31. Rebouças D, Legay LF, Abelha L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev Saude Publica* 2007; 41(2):244-250.

32. Leal RMAC, Bandeira MB, Azevedo KRN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática* 2012; 14(1):15-25.
33. Santos AM, Cardoso DAJ, Vieira DPB, Araújo FC, Farias HS, Mota SP, Monteiro JCMS, Bahia SHA. Análise dos níveis de satisfação de trabalhadores de saúde mental de um Hospital público de referência psiquiátrica em Belém (PA). *Rev. baiana saúde pública* 2011; 35(4):813-825.
34. Melo APS, Acúrcio FA, Cherchiglia ML, Veloso CCG, Guimarães MDC. Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Rev. méd. Minas Gerais* 2007; 17(1/2, Supl.4):S240-S248.
35. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enferm* 2009; 14(1):52-58.
36. Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):8-15.
37. Olschowsky A, Glanzner CH, Mielke FB, Kantorski LP, Wetzel C. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. *Rev. esc. enferm. USP* 2009; 43(4):781-787.
38. Scandolara AS, Rockenbach A, Sgarbossa EA, Linke LR, Tonini NS. Avaliação do Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Cascavel - PR. *Psicol. Soc.* 2009; 21(3):334-342.
39. Silva MT, Lancman S, Alonso CMC. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 1):36-42.
40. Wetzel C, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF, Camatta MW. Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. *Cien Saude Colet* 2011; 16(4):2133-2143.
41. Zappitelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. *Rev. adm. saúde* 2006; 8(31):71-78.
42. Campos RTO, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CAS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):43-50.
43. Oliveira E, Oliveira MAE, Claro HG, Paglione HB. Práticas assistenciais no centro de atenção psicossocial de álcool, tabaco e outras drogas. *Rev. ter. ocup.* 2010; 21(3):247-254.
44. Miranda L, Campos RTO. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1153-1162.
45. Schneider JF, Camatta MW, Nasí C, Adamoli AN, Kantorski LP. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. *Cienc. Enferm.* 2009; 15(3):91-100.
46. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zilmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2011; 30(4):354-360.
47. Mielke FB, Olschowsky A, Pinho LB, Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação qualitativa da relação de atores sociais com a loucura em um serviço substitutivo de saúde mental. *Rev. bras. enferm.* 2012; 65(3):501-507.
48. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006; 14(2):163-169.
49. Ribeiro MS, Alves MJM, Silva PM, Vieira EMM. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* 2009; 31(1):40-50.
50. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):861-868.
51. Campos RTO, Furtado JP. 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. *Cad Saude Publica* 2005; 22(5):1053-1062.
52. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 29-47.
53. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2797-2805.
54. Silva NS, Melo JM, Esperidião E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. *Rev. Min. Enferm.* 2012; 16(2):280-288.
55. Mari JJ, Bressan RA, Almeida-Filho N, Gerolin J, Sharan P, Saxena S. Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources. *Rev Saude Publica* 2006; 40(1):161-169.
56. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(45):287-300.
57. Figueiredo MD, Campos RTO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):129-138.
58. Gregório G, Tomlinson M, Gerolin J, Kieling C, Moreira HC, Razzouk D, Mari JJ. Setting priorities for mental health research in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34(4):434-439.

Artigo apresentado em 14/03/2014

Aprovado em 17/03/2015

Versão final apresentada em 19/03/2015