



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

JULIANE DA SILVA PEREIRA

**EFICIÊNCIA RELATIVA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
PERNAMBUCO ENTRE 2011 - 2019**

Recife

2022

JULIANE DA SILVA PEREIRA

**EFICIÊNCIA RELATIVA DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM
PERNAMBUCO ENTRE 2011 - 2019**

Dissertação apresentada ao
Programa e Pós-Graduação em
Gestão e Economia da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito
parcial para obtenção do título de
mestre em Gestão e Economia da
Saúde. Área de concentração:
Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz

**Recife
2022**

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

P436e

Pereira, Juliane da Silva

Eficiência relativa dos Centros de Atenção Psicossocial em Pernambuco entre 2011-2019 / Juliane da Silva Pereira. - 2022.

94 folhas: il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Pereira de Meneses Vaz.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Análise envoltória de dados. 2. Serviços de saúde mental. 3. Eficiência técnica (Serviço público). I. Vaz, Paulo Henrique Pereira de Meneses (Orientador). II. Título.

330.9 CDD (22. ed.)

UFPE (CSA 2023 – 093)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS
SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA
SAÚDE

JULIANE DA SILVA PEREIRA

TÍTULO DO TRABALHO:

**“Eficiência Relativa dos Centros de Atenção Psicossocial em
Pernambucoentre 2011-2019”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 09/09/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. CESAR AUGUSTO SOUZA DE ANDRADE (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. CARLOS GUSTAVO DA SILVA MARTIN DE ARRIBAS (Examinador
Externo)HC - Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr^ª. POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS (Examinadora Externa)
Centro Universitário Maurício de Nassau

Dedico este trabalho aos meus pais (Carminha e Dói), aos meus irmãos Elly e Wando, aos meus filhos (anjinho e Malu), aos meus queridos sobrinhos e sobrinhas, a todos os meus familiares de sangue e aos que Deus me agraciou na vida, e a Leila, minha esposa, melhor amiga, parceira, grande motivadora, meu grande amor e equilíbrio; sem vocês eu não chegaria a lugar nenhum. Sem vocês eu não viveria tantas loucuras e aventuras. Sem vocês minhas lágrimas ou sorrisos ou suor não teria significado. Sou louca por vocês!

AGRADECIMENTOS

Cheguei no PPGES com muitos sonhos, angústias, repleta de histórias, vidas, e muita esperança. Lá meu eu já tão repleto, encontrou espaço para mais quarenta vidas; fomos uns para os outros suporte, ombro, empurrão, resistência, e garra. Fomos separados abruptamente pela pandemia COVID-19. Tomamos rumos diferentes, reaprendemos a viver, aceitamos o novo normal, e conseguimos nos manter unidos pelo objetivo, sermos mestres. Sou grata a todos vocês que de uma maneira ou outra me (re)construíram.

Sou grata as minhas amigas-irmãs Erika e Ligia, que me ouviram, aconselharam, ensinaram, me amaram do meu jeitinho (por vezes difícil) e sempre estiveram presentes, mesmo ausentes. Eternamente cacheadas! Amo vocês...

A todos que fazem o PPGES, na pessoa de Tunísia, secretária-executiva, mãe, amiga, psicóloga, ouvido e voz, GRATIDÃO por terem me ensinado tanto, além de outras coisas Micro e Macroeconomia (risos); por terem buscado as melhores estratégias para ensinar esse mundo estatístico, e ter comprovado que é “estatisticamente possível” ser da saúde e se apaixonar por hipóteses, testes, correlações, razão de chances, regressões...vixe: Foi muito aperreio (risos). Só que sempre mantive no pensamento a frase: VAI DAR CERTO! Finalmente cheguei na tal eficiência relativa, o tal DEA, e em minha dissertação.

Junto a idéia fixa de querer estudar esse método, veio meu orientador, professor Dr Paulo Vaz: tão paciente, tão tranquilo, tão objetivo e tão claro. Esteve comigo em qualquer situação, esteve pronto pra ensinar e pra orientar, com voz mansa e muita sabedoria. Sou grata por tudo!

Só sei pensar que sou grata pela oportunidade de estar chegando neste ponto que não sei se é final ou reticências, mas, enfim, sou grata por estar viva e escrevendo essas linhas informais, tão cheias de minha alma e coração. Me sinto livre para não seguir normas neste espaço, tão meu e que eu posso deixar ser leve.

Vida é isso! Vida é simplesmente vida!

GRATIDÃO!

“A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.
Nesse ponto
sou abastado.
Palavras que me aceitam
como sou
— eu não aceito.
Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.
Eu penso
renovar o homem
usando borboletas”.

(BARROS, 2002)

RESUMO

A saúde mental tem se apresentado como um tema preocupante nos últimos nos globalmente porque apresenta um peso importante na carga de doenças e na perda de anos vividos com qualidade. As agendas governamentais tem buscado estratégias para conseguir alcançar melhores práticas técnico-assistenciais que resultem em menos adoecimentos e mais acesso a saúde de qualidade. No Brasil, desde a promulgação da Lei Paulo Delgado que direitos foram garantidos as pessoas em sofrimento mental e nela foi proposta uma mudança de paradigma na maneira de assisti-los. Vários instrumentos legais garantiram que houvesse o cenário ideal para a implantação e posteriormente a implantação de uma saúde mental mais acolhedora, com foco na pessoa, que reinserisse seus usuários na sociedade e que fosse de base comunitária. A rede substitutiva ao hospitais psiquiátricos foram sendo ampliadas e a cobertura de CAPS aumentou exponencialmente no país. Na contramão do pressupostos da reforma psiquiátrica, ainda persistem práticas institucionalizadoras e cuidados centrados no modelo hospitalocêntrico. O objetivo deste estudo foi identificar a cobertura de CAPS nas doze gerências regionais pernambucanas (GERES), descrever e ranqueá-las quanto a eficiência técnica relativa e quais os benchmarkings que apresentam as melhores práticas e conseguem reverter os investimentos em CAPS em mais procedimentos realizados e menos internamentos por causas psiquiátricas. Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, descritivo e analítico, realizado de 2011 a 2019, com o total das amostras. Utiliza a análise envoltória dos dados (*data envelopment analysis-DEA*), modelo BCC-VRS orientado ao insumo para análise da eficiência relativa comparando suas 106 DMUs que são a compilação da eficiência dos CAPS de Pernambuco em GERES por ano. Tem como variáveis valores de custeio de CAPS (input) e como produtos (outputs): a quantidade de procedimentos realizados por ano per capita, o inverso das variáveis quantidade de internamentos, valores de custeio dos internamentos e dias de permanência, todos per capita. Os principais resultados apresentaram que a maioria das GERES ampliaram sua cobertura de CAPS e apresentam indicadores bom e muito bom embora apresentem vazios assistenciais em sua rede. Poucas DMUs ficaram sobre a fronteira de eficiência, de modo que a maioria precisa aumentar a utilização de seus insumos para alcançarem a eficiência ótima. A partir do teste de correlação de Pearson é possível afirmar estatisticamente, ao nível de 95%, que as variáveis se correlacionam positivamente. O estudo conclui que além da ampliação da rede baseada na municipalização, deve-se priorizar a regionalização para conseguir atender eficazmente aos pressupostos da reforma. O estudo propõe como medidas para diminuir barreiras de acesso por oferta e por demanda a pactuação de CAPS regionais em todas as GERES.

Palavras-chave: análise envoltória de dados, atenção psicossocial, CAPS, eficiência, gerências

ABSTRACT

Mental health has been presented as a worrying topic in recent years globally because it has an important weight in the burden of diseases, and in the loss of years lived with quality. Government agendas have sought strategies to achieve better technical practices of care that result in fewer illnesses and more access to quality health. In Brazil, since the enactment of the Paulo Delgado Law, rights were guaranteed to people in mental suffering and a paradigm shift was proposed in the way of assisting them. Several legal instruments ensured that there was the ideal scenario for the implementation and later the implementation of a more welcoming mental health, focused on the person, that would reinsert its users in society and that was community-based. The replacement network for psychiatric hospitals was expanded and community-based mental health care (CAPS) coverage increased exponentially in the country. Contrary to the assumptions of psychiatric reform, institutionalizing practices and care based on the hospital-centered model still persist. The objective of this study was to identify the CAPS coverage in the twelve health regionals managements (GERES) of Pernambuco, describe and rank them in terms of relative technical efficiency and which benchmarks present the best practices and are able to reverse CAPS investments in more procedures performed and fewer hospitalizations for psychiatric causes. This is a longitudinal, retrospective study, with a quantitative, descriptive and analytical approach, carried out from 2011 to 2019, with all samples. It uses data envelopment analysis (DEA), input-oriented BCC-VRS model for relative efficiency analysis comparing its 106 DMUs that are the GERES per year. Its variables are CAPS costing values (input) and as products (outputs): the number of procedures performed per year per capita, the inverse of the variables number of hospitalizations, costs of hospitalizations and days of stay, all per capita. The main results showed that most GERES expanded their CAPS coverage and present good and very good indicators, although they present care gaps in their network. Few DMUs are over the efficiency frontier, so most need to increase the utilization of their inputs to reach optimal efficiency. From Pearson's correlation test, it is possible to state statistically, at the level of 95%, that the variables are positively correlated. The study concludes that in addition to expanding the network based on municipalization, regionalization must be prioritized in order to effectively meet the assumptions of the reform. The study proposes, as measures to reduce barriers to access by supply and demand, the agreement of regional CAPS in all GERES.

Keywords: CAPS, data envelopment analysis, efficiency, health region management
psychosocial care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Série histórica quantidade de CAPS-Brasil-2002-2020.....	19
Figura 2. Mapa de GERES de Pernambuco	26
Quadro 1. Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco.....	27
Quadro 2. Procedimentos de Pesquisa.....	299
Quadro 3. Definição e descrição dos insumos.....	30
Quadro 4. Quadro com procedimentos ambulatoriais do SUS para a atenção psicossocial	31
Quadro 5. Procedimentos hospitalares do SUS para causas psiquiátricas	32
Figura 3. Tipos de eficiência técnica	33
Figura 4. Fronteira de produção	34
Figura 5. BCC-VRS.....	35
Figura 6. Modelo DEA BCC-I VRS	36
Gráfico 1. CAPS habilitados na GERES I, por ano.....	38
Gráfico 2. CAPS habilitados na GERES II, por ano	38
Gráfico 5. CAPS habilitados na GERES V, por ano	40
Gráfico 6. CAPS habilitados na GERES VI, por ano.....	40
Gráfico 7. CAPS habilitados na GERES VII, por ano	40
Gráfico 8. CAPS habilitados na GERES VIII, por ano	41
Gráfico 9. CAPS habilitados na GERES IX, por ano.....	41
Gráfico 10. CAPS habilitados na GERES X, por ano.....	42
Gráfico 11. CAPS habilitados na GERES XI, por ano.....	43
Gráfico 12. CAPS habilitados na GERES XII, por ano	44
Gráfico 13. Média das GERES por CAPS habilitados, CAPS/habitantes ponderados e indicador de cobertura de CAPS, por ano.	45
Figura 7. Histograma dos escores de eficiência das DMUs, 2011-2019.....	48
Quadro 6. Classes de eficiências das DMUs de PE.....	52
Figura 8. Isoquanta da fronteira de eficiência das GERES.....	52
Figura 9. Eficiências relativas agrupadas por GERES, por ano.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Série histórica das médias das variáveis: valores de custeios de CAPS per capita, procedimentos, procedimentos per capita e valores do procedimento por ano	46
Tabela 2. Média das variáveis hospitalares: internação per capita, valor da internação per capita, valor da internação e permanência per capita, por ano	47
Tabela 3. Ranking de eficiência das GERES de PE	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
AIH	Autorização de internação hospitalar
APS	Atenção primária à saúde
APE	Atenção psicossocial estratégica
ARCTH	Atenção residencial de caráter transitório e hospitalar
QUE	Atenção as urgências e emergências
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CAPS AD	Centro de atenção psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil
CAPS m	Centro de atenção psicossocial municipal
CAPS r	Centro de atenção psicossocial regional
CFB	Constituição Federal Brasileira
CIR	Comissão intergestores regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNES	Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DEA	Análise envoltória dos dados (<i>Data Envelopment Analysis-DEA</i>)
DMU	Unidade tomadora de decisão (<i>Decision Making Unit- DMU</i>)
ED	Estratégias de desinstitucionalização
ERP	Estratégias de reabilitação psicossocial
FCG	Fundação Calouste Gulbekian
FJP	Fundação João Pinheiro
FOC	Fundação Oswaldo Cruz
GASAM	Gerência de atenção a saúde mental
GERES	Gerência regional de saúde
GGSM	Grupo global de saúde mental (<i>Movement for Global mental health- MGMH</i>)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma operacional de assistência a saúde
NOB	Norma operacional básica
ODS	Objetivos do desenvolvimento sustentável
OPAS	Organização pan-americana de saúde
PAR	Plano de ação regional
PE	Pernambuco
PESM	Política estadual de saúde mental
RAPS	Rede de atenção psicossocial
RAS	Rede de atenção à saúde
RPB	Reforma psiquiátrica brasileira

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SAI	Sistema de informação ambulatorial
SIH	Sistema de informação hospitalar
SUS	Sistema único de saúde
TABNET	Tabulador genérico de domínio público
TM	Transtorno mental

SUMÁRIO

1.	I
INTRODUÇÃO	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO 17	
2.1. A REFORMA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	17
2.2. CAPS: DA IMPLANTAÇÃO A COBERTURA IDEAL.	18
2.3. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DE PERNAMBUCO E REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL	22
2.4. A EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO GERENCIAL	24
3. OBJETIVOS 25	
3.1. OBJETIVO GERAL 25	
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 25	
4. METODOLOGIA 25	
4.1.	C
ARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.	25
4.2. DESENHO, OBJETO E PERÍODO 26	
4.3. AMOSTRAGEM 26	
4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 28	
4.4.1. Critérios de inclusão 28	
4.4.2. Critérios de exclusão 28	
4.5. PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS 29	
4.6. ANÁLISE ENVOLTÓRA DE DADOS 33	
4.7. ASPECTOS ÉTICOS 36	
5. RESULTADOS 37	
5.1. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS 37	
5.1.1. Descrição do <i>lócus</i> do cuidado em Pernambuco 37	
5.1.2. Variáveis comunitárias e hospitalares 46	
5.2. MENSURAÇÃO DOS ESCORES DE EFICIÊNCIA MENSURAÇÃO DOS ESCORES DE EFICIÊNCIA 48	
5.3. ANÁLISE DE CORRELAÇÕES 54	
6. DISCUSSÕES 55	
7. CONCLUSÕES 58	
8. REFERÊNCIAS 61	
 APENDICE A. Série histórica de cobertura de CAPS, taxa de cobertura e indicador de cobertura, por GERES, por ano	67
APENDICE B. Variáveis referentes aos CAPS	68
APENDICE C. Variáveis hospitalares	72
APENDICE D. Lacunas assistenciais por GERES/ municípios, no ano de 2019.....	77
APENDICE E. Ranking de eficiência por GERES/ano	81
ANEXO A. Nota técnica GASAM/SES/PE nº 013/2021.....	85

1. INTRODUÇÃO

Atualmente os transtornos mentais (TM) representam um dos principais desafios nos âmbitos local, regional, nacional e internacional, estando na agenda de saúde de países a nível global (LOPES, 2020). Outro estudo estimou que 30% dos adultos atendem aos critérios diagnósticos para TM, e desses, 80% vivem em países pouco desenvolvidos (STEEL *et al.*, 2014). Além de que respondem por 32,4% dos anos vividos com incapacidades (VIGO, THORNICROFT, ATUN, 2016).

Segundo Lopes (2020), as maiores prevalências de TM são em mulheres, e em pessoas com baixo nível socioeconômico. Ela frisa também a importância do aumento do financiamento para a saúde mental, e do olhar sensível para o público infanto-juvenil por entender que eles têm anos de vida convivendo com o sofrimento ao mesmo tempo que vivencia outras atividades pertinentes com sua idade, como a vida escolar.

Para que iniquidades em saúde mental sejam reduzidas, faz-se necessário reduzir a discrepância entre o número estimado de pessoas que sofrem de TM e a proporção daqueles que recebem tratamento adequado e apropriado para esses transtornos, conhecido como "lacuna de tratamento" (PATEL, 2012). Como resultado, as iniciativas globais de saúde mundial determinaram como foco principal a ampliação de serviços de saúde mental (MGMH, 2007; OMS, 2008).

Para acompanhar o progresso dos esforços regionais, nacionais e globais para reduzir a lacuna de tratamento,

“são essenciais avaliações da necessidade de serviços, taxas de utilização e níveis de cobertura do programa nas populações. Todas essas são medidas do inverso da lacuna de tratamento: cobertura de tratamento” (SILVA *et al.*, 2014).

A melhoria na qualidade da saúde da população mundial é um dos principais objetivos do desenvolvimento do milênio (ODS) e uma das principais metas que as nações deveriam priorizar para garantir o acesso aos serviços básicos em saúde para todos os seus cidadãos (SILVA; QUEIROZ, 2018).

De acordo com Patel *et al.* (2018), a saúde mental atualmente é uma epidemia que se dissemina em alta velocidade, sem contar com investimento proporcional a gravidade do quadro: mais de 13 milhões de pessoas poderiam ser salvas de mortes causadas por TM. Os pesquisadores apontam que até 2030 além dos prejuízos pessoais, o retardo no tratamento gera também prejuízos econômicos que giram em torno da cifra de 16 trilhões de dólares.

Esse retardo se dá pela qualidade dos serviços de saúde mental que geralmente são inferiores aos ofertados pra saúde física.

Um estudo apontou que os principais problemas no cuidado e na rede de saúde mental são a prática baseada em evidências, a integração da saúde mental ao cotidiano da atenção básica, a qualificação de profissionais, a ampliação de oferta de medicamentos específicos e o investimento em serviços comunitários de reinserção social e reabilitação psicossocial. (PATEL et al, 2018).

O cenário da saúde mental tem sido transformado oficialmente neste país desde a promulgação da lei federal nº 10.216/2001, conhecida como Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que trata dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e reorienta o modelo assistencial. No entanto, somente a partir de 2005 houve maior investimento em ações de qualificação profissional visando fortalecer a estratégia de atenção psicossocial nos serviços (SEVERO *et al.*, 2014). Como resultado desta política, de final de 1998 a 2014 foram reduzidos aproximadamente 69% dos leitos psiquiátricos, com a ampliação da rede substitutiva não hospitalar (FOC/ GGC, 2015).

Em estudo bibliográfico sobre os desafios pós 30 anos da RPB, foram elencados os principais entraves a qualificação, expansão e fortalecimento da rede de atenção psicossocial (RAPS) brasileira, a saber, além de outros, a baixa expansão de serviços comunitários; fragilidade institucional; financiamento inadequado; poucos estudos em larga escala sobre a temática; falta de cultura avaliativa de políticas públicas; insipientes mecanismos de coordenação do cuidado entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados (centros de atenção psicossocial- CAPS); falta de atividades de capacitação e educação permanente das equipes; e a falta de uma política de qualificação e avaliação permanente da RAPS (ONOCKO-CAMPOS, 2019).

Neste cenário, esta pesquisa se propõe a investigar a eficiência das gerências regionais de saúde, com ênfase nos centros atenção psicossocial de Pernambuco, respondendo à pergunta de pesquisa “qual a eficiência das gerências regionais de saúde (GERES) pernambucana, sob a luz da análise envoltória dos dados(Data Envelopment Analysis-DEA;

Com o intuito de preencher a lacuna gerada pela insipiente avaliação da política pública de saúde mental estadual, contribuindo para garantir maior eficiência na alocação dos recursos públicos e da produção realizada pelos CAPS, bem como fomentar o planejamento de ações, promoção de habilitações de serviços de saúde mental de base comunitária e contribuir com evidências científicas sobre a eficiência através da utilização da DEA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A REFORMA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A reforma psiquiátrica é um processo biopsicossocial que vai além e se sobrepõe a reestruturações organizacionais e tecnicistas dos serviços de saúde. Para se alcançar a terapêutica ideal se faz necessário reorganizar os saberes instituídos em psiquiatria, superar o paradigma psiquiátrico e institucionalizador, questionar a relação de poder existente entre especialista e paciente, superar o velamento do sujeito e objeto do cuidado, negando a ausência de autonomia, o mandato social e a exclusão (YASUI, 2010).

A partir da década de 70, o movimento da RPB buscou olhar para a subjetividade da pessoa com sofrimento psíquico (MARTINS *et al.*, 2018). Superando o cuidado dicotômico paciente- doença para se buscar a reabilitação psicossocial da pessoa, baseada na reconstrução do exercício pleno de cidadania (SARACENO, 1996).

A partir da RPB, novos saberes e novas possibilidades ancorados na ressignificação do cuidado em saúde mental foram resultado da proposição desse novo olhar para o enfrentamento do sofrimento psíquico (BARBOSA, CAPONI, VERDI, 2016).

Foi necessário o desenvolvimento de uma visão ampliada para o reconhecimento do território e sua diversidade de meios de organização e insumos, assumindo a responsabilidade por suas demandas. Essa transformação implicou estabelecer formas e estratégias diversas que compreendesse toda a complexidade do sofrimento mental, articulados em rede (YASUI, BRASIL, 2010).

Outro conceito para a RPB, a desinstitucionalização, que parte da fase de afastamento do local medicalizador, centrado no saber médico, partindo para a sua reorganização, com o conseqüente refazimento e a abertura para “um processo de (re)complexificação da loucura”, que é a possibilidade de (re)construir e (re)inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, sem se preocupar apenas com evoluções e prognósticos da doença, mas, sobretudo nos inter-relacionamentos (AMARANTE, 1996). Ao lado do cuidado, a política de saúde mental avançou favorecendo e ampliando os cuidados de base comunitária e intersetoriais não mais tendo como centro a medicalização do sofrer e do cotidiano, mas a pessoa e a vida (BARBOSA, CAPONI, VERDI, 2016).

Em 2011, com a publicação da Lei da RPB, com o intuito de ampliar esse cuidado e atender as diversas demandas em saúde mental, foram instituídos as diretrizes e os

componentes da RAPS, estruturados com a finalidade favorecer a articulação, a diversificação e ampliação de ações e serviços destinados às pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo àquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Para o alcance do cuidado integral na perspectiva de produção de saúde como exercício de cidadania, preconiza-se o cuidado em liberdade, a intersetorialidade e a oferta de serviços de saúde organizados psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2019).

Para que haja reorganização do modelo de cuidado em saúde mental, implica se reorientar o modelo de financiamento em SM para estratégias de base territoriais e comunitárias. Destarte o MS reconhece o ano de 2005 como um marco na inversão do financiamento público federal em saúde mental, a partir de quando os “recursos investidos em serviços extra-hospitalares superaram o financiamento destinado aos serviços hospitalares, aqui considerados os hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, indicando a gradual substituição do modelo hospitalocêntrico por meio da expansão da rede de serviços de atenção comunitária” (BRASIL,2019).

No ano de 2018, o Ministério da Saúde destinou à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas o montante de R\$ 1.508.146.093,08,13 o que representa um aumento de aproximadamente 5% sobre o orçamento executado em 2017. No mesmo período, o aumento do financiamento destinado aos hospitais psiquiátricos cresceu cerca de 26%, considerando os valores correspondentes aos procedimentos informados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), informalmente conhecido como “a produção hospitalar com base no registro da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)” (BRASIL,2018). Implicando que no ano de 2018 retoma-se no Brasil a uma política que se prestigia mais o modelo hospitalocêntrico tenho em vista o aumento de financiamento de hospitais psiquiátricos. Seria uma forma de desmantelar e desestruturar o modelo de cuidado de base comunitária? (reflexões do autor).

Em Pernambuco, nos anos de 2017 e 2018, haviam 06 serviços psiquiátricos em funcionamento, contando com 644 leitos SUS de internação psiquiátrica por ano, respectivamente, com a seguintes produções/ custo por ano: 4000/R\$3.279.544,99 e 4784/R\$4.920.122,34(BRASIL, 2017-2018).

2.2. CAPS: DA IMPLANTAÇÃO A COBERTURA IDEAL.

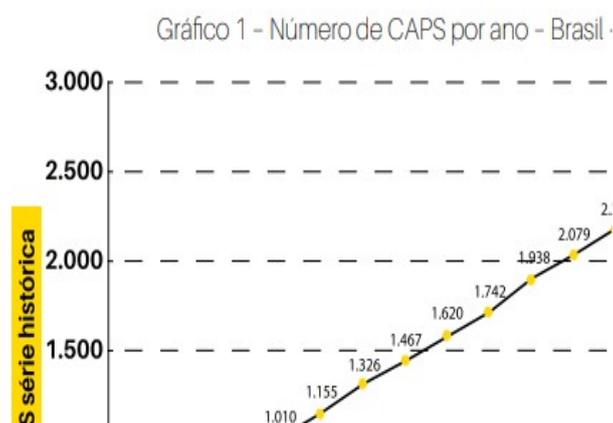
A partir da Constituição Federal de 88 e com a lei Paulo Delgado nº10216/2001, que foram garantidos os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionado o modelo assistencial da saúde mental (MORAES, 2017).

A Portaria Ministerial nº 336/2002 (BRASIL, 2004) efetiva a missão institucional dos CAPS e cria instrumentos consistentes para o financiamento, para sua implantação e manutenção, promoveram uma ampliação significativa do número de CAPS. Estando em conformidade com a lei no 10.216/2001, onde preconiza-se que a política pública, no âmbito nacional e nas regiões de saúde, seja estruturada pela organização de ofertas assistenciais que favoreçam o tratamento preferencial em serviços comunitários de saúde mental, próximo aos locais em que as pessoas vivem, de modo a apoiar o fortalecimento de vínculos, de espaços de pertencimento e da construção de projetos de vida, tendo a hospitalização como referência para casos de sofrimentos agudos e sendo compreendida como cuidado emergencial, excepcional (BRASIL, 2019).

A Portaria GM/MS nº3588 define os centros de atenção psicossocial (CAPS) como os pontos estratégicos, tanto de cuidado/tratamento, quanto de articulação com as demais redes e serviços, da saúde e dos demais setores. Entretanto, sua organização se dá desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade, de maneira a oferecer o tipo de cuidado necessário para cada pessoa em sofrimento mental, decorrente ou não do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Figura 1. Série histórica quantidade de CAPS-Brasil-2002-2020

Rede CAPS - Série histórica por a



Fonte: WEBER, 2021

O CAPS estabelecido como articulador central das ações saúde mental do município ou regiões de saúde e do modelo assistencial, podem constituir como referências regionais em quaisquer de suas modalidades e essa modalidade deve se constituir de acordo com seu porte /complexidade e população de abrangência: CAPS I - instalados em municípios ou regiões com população acima de 15.000 habitantes, com funcionamento diário por cinco dias da semana; CAPS II – atende a municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes; CAPS III – tem a capacidade operacional para o atendimento de municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, prestando assistência durante 24horas/dia; CAPS infanto-juvenil(CAPSi) – é referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, para os atendimentos de crianças e adolescentes; CAPS álcool e outras drogas (AD), podendo ser nas modalidades II, III e IV – apresenta capacidade operacional para municípios ou regiões com população superior a 70.000 habitantes, sendo o serviço de atendimento específico para os usuários com necessidades decorrentes do uso e abuso de substância psicoativa (BRASIL, 2002,2017).

Houve avanços no aparato legal e estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a publicação da Portaria ministerial nº 3.088/2011, que estabeleceu diretrizes norteadoras para a implantação da RAPS e promoveu mudanças fundamentais nas práticas assistenciais, concretizando direitos de pessoas em sofrimento mental (BRASIL, 2015).

De acordo com Assis et al. (2014), para que a RAPS alcance seus objetivos e efetive as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, não basta fazer uma soma de todos os componentes aqui citados. Para que a rede de fato aconteça é fundamental que as pessoas se conectem e se coordenem com finalidades definidas e comuns. Além disso, a rede deve apresentar várias possibilidades de recursos e respostas, para que possa produzir transformações nos territórios em que está situada.

“Considerando a necessidade de garantir recursos financeiros para consolidar a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), visando o acesso integral às ações de saúde mental, álcool e outras drogas, bem como a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, álcool e outras drogas e qualificar os serviços instituindo o recurso financeiro fixo para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas, conforme descrição a seguir, por tipo de serviço: CAPS I - R\$ 28.305,00 (vinte e oito mil e trezentos e cinco reais) mensais; CAPS II - R\$ 33.086,25 (trinta e três mil, oitenta e seis reais e vinte e cinco centavos) mensais; CAPS III - 54.123,75 (cinquenta e quatro mil cento e vinte e três reais e setenta e cinco centavos) mensais; CAPSi - R\$ 32.130,00 (trinta e dois mil cento e trinta reais) mensais; CAPSad - R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil setecentos e oitenta

reais) mensais; e CAPSad III (24h) - R\$ 67.511,25 (sessenta e sete mil quinhentos e onze reais e vinte e cinco centavos) mensais” (BRASIL, 2002).

Passando a ser R\$ 84.134,00 para o CAPS III e R\$ 105.000,00 para o AD III, a partir de 2013 conforme portaria GM/MS Nº 1.966 de 2013 que alterou o financiamento desses dispositivos.

O CAPS tem sua essência territorial, ou seja, estabelece vínculo entre cliente e equipe, pela valorização dessa tecnologia leve, que contribui para uma prática profissional coerente aos pressupostos do modo de atenção psicossocial, e sua complexidade será conforme o porte do município ou região de sua inserção (BARBOSA; LIMA; SIMÕES et al., 2017; BRASIL, 2017; PINHO et al, 2018).

Devido aos avanços no cuidado em saúde mental, os gestores devem estar preparados para atuar com parcerias intersetoriais decorrente da demanda que está cada dia mais diversificada e complexa que busca estratégias inovadoras da gestão ao cuidado (BRASIL, 2011).

O que corrobora com estudo realizado por Pitta, Coutinho e Rocha (2015) que apontou que os CAPS contribuem positivamente na vida das pessoas que utilizam o serviço quando encorajam sua autonomia, a corresponsabilização no cuidado, ao mesmo tempo que fortalecem o protagonismo destes nos âmbitos socioculturais, políticos e engajamento em sua comunidade.

Ainda com a recorrência de práticas institucionalizantes na RAPS, cuidado ainda centrado em práticas asilares, como internamentos e voltado para o diagnóstico e tratamento da doença. Todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde mental, como gestores, profissionais de saúde, trabalhadores, usuários e familiares devem criar o ambiente propício para garantir as melhores práticas e cuidado integral (MINOIA; MINOZZO, 2015; PEREIRA et al., 2020).

A RAPS pode ser avaliada de diversas maneiras como pela reversão dos recursos antes investidos na rede hospitalar ou através de sua rede. Assim sendo, a taxa de cobertura CAPS por 100.000 mil habitantes avalia a cobertura pactuada e auxilia na gestão da ampliação dos CAPS, para municípios com mais de 20.000 habitantes servindo para orientar os gestores no planejamento e expansão da rede. Para o cálculo, consideramos que o CAPS I é referência para um território de até 50.000 mil habitantes; o CAPS II é referência para um território de 100.000 mil habitantes; o CAPS III (24 horas) é referência para um território de 200.000 mil habitantes; o CAPS infanto-juvenil (CAPSi) é referência para um território de 100.000 mil

habitantes; e o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) é referência para um território de 100.000 mil habitantes (BRASIL, 2002, 2015).

Cálculo segundo a fórmula a seguir:

$$\text{Taxa de cobertura de CAPS} = \frac{[(\text{CAPSI} \times 0,5) + (\text{CAPSII}) + (\text{CAPSIII} \times 1,5) + (\text{CAPSi}) + (\text{CAPSAD})]}{\text{População} \times 100000}$$

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em 2015, os resultados desse indicador podem ser classificados segundo os seguintes parâmetros de cobertura: “muito boa (acima de 0,70), regular/boa (entre 0,50 e 0,69), regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), baixa (entre 0,20 e 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)”.

2.3. POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DE PERNAMBUCO E REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

No contexto pernambucano, em 2018, foi instituída a Política Estadual de Saúde Mental (PESM), através da Resolução do conselho estadual de saúde (CES)/PE nº 747, que fortalece o compromisso com a população para a qualificação, expansão e fortalecimento da RAPS estadual, e busca garantir a integralidade do cuidado em saúde mental em todos os pontos da rede, em todo o estado pernambucano.

Esta política busca reduzir as lacunas assistenciais através de pactuações, planejamento e implementação da RAPS pelos governos municipais, estadual e federal, para que a população possa acessar a rede regional, que deve ser composta pela atenção básica (AB), atenção psicossocial estratégica (APE), atenção às urgência e emergência (AUE), atenção residencial de caráter transitório e hospitalar (ARCTH), estratégias de desinstitucionalização (ED) e estratégias de reabilitação psicossocial (ERP); promovendo a articulação de todo o SUS mediante as necessidades psicossociais da população (BRASIL, 2014; GONÇALVES ET AL., 2014; BRASIL, 2017, CES/PE, 2018).

O objetivo geral da PESM/PE visa garantir o acesso das pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas e suas famílias, ao acolhimento e cuidado no território, estando ancorada na RPB e seus pressupostos.

No Objetivo Específico XI esta política garante que haverá substituição do modelo hospitalocêntrico a partir da reversão dos recursos financeiros do hospital psiquiátrico à rede de atenção psicossocial. No entanto não traz no corpo do texto como que seria a prestação de contas desta reversão para fins de acesso a informação e controle social.

No eixo I que trata de atuação política estadual de saúde mental, se compromete em apoiar os municípios de Pernambuco através do apoiador técnico da Gerência de Atenção à Saúde Mental - GASAM, para indução, discussão ampliada, implantação, vistoria, acompanhamento, qualificação, monitoramento e avaliação da política de saúde mental no nível local em articulação com as GERES e coordenações municipais e\ou referências de saúde mental.

E vai além, quando estabelece o limite de atuação da população adstrita dos CAPS municipais e que os CAPS regionais tenham seus fluxos e termos de compromisso e acordos de convivência do equipamento pactuados através do colegiado regional de saúde mental e grupo condutor regional.

Apesar da política de saúde mental ter dado ênfase a municipalização e descentralização, 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. De forma que os estados adotam fundamental status na adaptabilidade regional desde a formulação a implementação de políticas, que devem ser direcionadas para as especificidades locorregionais (BRASIL, 1994; SIMON, BAPTISTA, 2011).

Uma das diretrizes da RAPS é a organização de uma rede que seja regionalizada, com desenvolvimento de ações intersetoriais no intuito de promover um atendimento integral ao usuário. Ou seja, na RAPS, os municípios precisam, muitas vezes, pactuar o atendimento em sua micro ou macrorregião de saúde (BRASIL, 2017).

No âmbito do SUS, este período foi marcado pela ênfase da regionalização e nas redes de atenção a saúde a partir da publicação do Decreto nº 7508/2011. Muito embora não se trate de conceitos novos, vistos serem amplamente debatidos nas universidades e nas práticas dos serviços, considerando a Constituição Federal de 1988 e as diretrizes do SUS. Inaugurou-se a definição de novos parâmetros para a conformação de ações e arranjos institucionais potentes para dar concretude aos princípios constitucionais de integralidade e descentralização, a saber:

A Região de Saúde constitui-se como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a

partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. No âmbito da gestão, coube à esfera estadual em articulação com os municípios a definição das regiões de saúde (BRASIL, 2011a).

O desafio da regionalização se dá pelo paradoxo territorial onde 89% dos municípios concentram uma população de até 50 mil habitantes, enquanto que 5% concentram 50% da população brasileira (1). Diante desta potência e complexidade que as regiões carregam e que incidem diretamente no modo de vida e viver, exercício de direitos e tomadas de decisões das populações a elas adscritas, é condição *sine qua non* que haja fortalecimento da governança (BRASIL, 2016b). O processo de regionalização deve levar em conta também a existência e relevância de barreiras de acesso aos serviços de saúde, muito relacionada às condições socioeconômicas da população (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Quanto as barreiras de acesso sob a perspectiva da demanda, se destacam o custo dos transportes (1), a informação sobre os serviços de saúde (2), as preferências culturais e comunitárias da população, os estigmas e a crença de não ter problemas de saúde (3). Já sob a perspectiva da oferta devem ser consideradas as seguintes barreiras: localização dos serviços (1), indisponibilidade de serviços e profissionais, problemas de integração dos serviços, tempo de espera, falta de medicamentos e qualificação dos profissionais (2) (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

2.4 A EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO GERENCIAL

A consolidação dos modelos assistenciais em saúde se dá em âmbitos das práticas profissionais, institucionais e sistêmico. Como o nível sistêmico se refere ao arcabouço legal, a governança, financiamento e os métodos de avaliação e controle, mudanças organizativas neste nível influem no cotidiano dos serviços, ao mesmo tempo que alterações institucionais impõem mudanças no cotidiano de práticas hegemônicas, seja através de acordos multilaterais ou verticalmente através de decisões políticas (TRAPÉ; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Política pública é mais do que fazer, é tomada de decisão, é saber fazer, como fazer da melhor forma, com o mínimo de recursos possíveis e entregando serviços com qualidade, eficiência, eficácia e efetividade revertendo os recursos dispendidos na reversão de desigualdades sociais, e atendendo as demandas da população (ARCOVERDE, 2012; ARCOVERDE, 2021).

A eficiência na qualidade dos serviços públicos é um conceito que vai além da eficiência técnica da despesa pública, pois está atrelada a melhoria de bem-estar social. Nesse sentido, um município pode alcançar a eficiência técnica na aplicação dos recursos na saúde, sem melhorar a qualidade da saúde da população (SILVA; QUEIROZ, 2018).

Barbosa et al (2021) referencia a Análise Envoltória de Dados como uma ferramenta já difundida na área da saúde que supre as necessidades de avaliação da eficiência dos recursos e alternativas de alocação para melhor uso destes. Entende-se que aplicar os recursos de forma eficiente pode proporcionar melhorias nas condições de vida da população e, assim, elevar os níveis de bem-estar social (COSTA, 2011)

Cabe identificar e analisar se com o custo dispendido, resultados melhores poderiam ser alcançados e se insumos e produtos estão encontrando sua combinação ideal, apresentando as melhores práticas dos serviços mais eficientes. (BRASIL,2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a saúde mental pernambucana analisando o nível de eficiência relativa da gerencias regionais de saúde do estado de Pernambuco, sob a ótica da Análise Envoltória dos Dados- DEA.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a cobertura de CAPS nas GERES;
- Ranquear e descrever as gerências regionais de saúde pernambucanas em termos de eficiência técnica relativa dos CAPS de 2011 a 2019.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

O estado de Pernambuco é um dos 09 estados que compõem o nordeste brasileiro. Está dividido em 4 macrorregiões (2605- Vale Do S. Francisco e Araripe, Sertão, Metropolitana, 2608- Agreste), e 19 microrregiões de saúde (26001- Araripina, 26002 - Salgueiro, 26003- Pajeú, 26004- Sertão Moxotó, 26005- Petrolina, 26006- Itaparica, 26007 - Vale do Ipanema, 26008- Vale do Ipojuca, 26009- Alto Capibaribe, 26010- M. Capibaribe, 26011- Garanhuns, 26012- Brejo PE, 26013- Mata Set.PE, 26014- Vitória de Santo Antão, 26015- Mata Meridional PE, 26016- Itamaracá, 26017- Recife, 26018- Suape, 26019- Fernando de Noronha), e 12 regiões de saúde (CIR), distribuídas em suas respectivas gerências regionais de saúde (GERES), conforme APENDICE D.

Como a saúde é descentralizada, municipalizada e segue a lógica organizacional em regiões de saúde, o estudo por regiões de saúde (CIR) consegue mostrar um panorama de assistência em saúde mental regional, indicando os serviços existentes, realizando diagnóstico da cobertura e caracterizando as lacunas que precisam de melhorias e ampliação de serviços para garantir o acesso dos usuários da RAPS respeitando as especificidades, demandas regionais de saúde e possibilidades de pactuações em CIR.

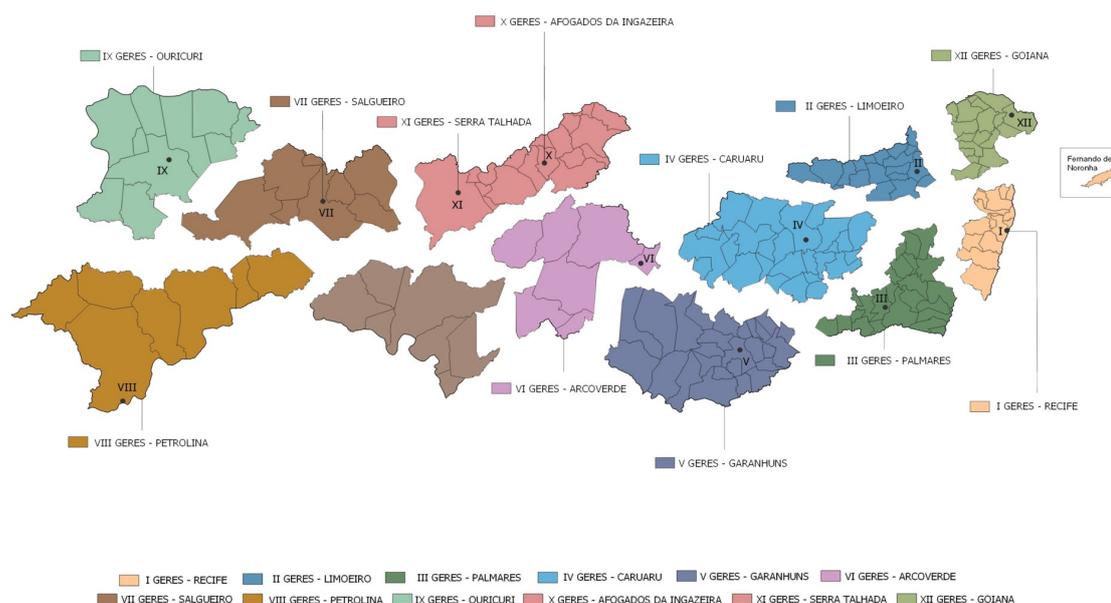
4.2 DESENHO, OBJETO E PERÍODO.

Pesquisa longitudinal, retrospectiva, exploratória, com abordagem quantitativa, descritiva e analítica realizada com dados secundários. Compreendendo o período de 2011 a 2019.

4.3 AMOSTRAGEM

A amostra é composta por todas as GERES que constituem o estado, ou seja, são 12 (doze), por ano. Constituindo o total de 106 DMUs. Se faz importante esclarecer que cada GERES por ano é uma DMU. Nenhuma DMU foi excluída da amostra, mesmo as que apresentaram variável igual a zero. As GERES estão descritas conforme figura e quadro abaixo.

Figura 2. Mapa de GERES de Pernambuco.



Fonte: Autora,2022

Quadro 1.
Gerencias Regionais de Pernambuco

GERES	SEDE	MUNICÍPIOS
I	Recife (20)	Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão.
II	Limoeiro (20)	Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Limoeiro, Machados, Nazaré da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência.
III	Palmares(22)	Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu.
IV	Caruaru (32)	Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim , Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Uma, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes.
V	Garanhuns(21)	Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçados, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmerina, Paranatama, Saloá, São João, Terezinha.
VI	Arcoverde(13)	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa.
VII	Salgueiro(7)	Belém do São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova, Verdejante.
VIII	Petrolina(7)	Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista.
IX	Ouricuri (11)	Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade.
X	Afogados da	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim,

	Ingazeira(12)	Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama.
XI	Serra Talhada(10)	Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada, Triunfo.
XII	Goiana(10)	Goiana, Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Itambé, Itaquitanga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba.

Fonte: CNES, "ADAPTADO", 2022.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.4.1 Critérios de inclusão:

Serão incluídos neste estudo as unidades de CAPS para atendimento de usuários em qualquer uma de suas modalidades em funcionamento, habilitados pelo MS, municipais ou regionais, identificados por GERES; recursos para custeio mensal dos CAPS (valores fixos transferidos do FNS para os FMS; *¹), por ano; procedimentos realizados pelo CAPS; número de internamentos, custeio dos internamentos por causas psiquiátricas e total de permanência, em dias.

As terminologias das variáveis seguiram as apresentadas no TABNET. Podem-se encontrar diferenças ou generalizações, como por exemplo: no TABNET/CNES/HABILITAÇÃO as terminologias encontradas são 0616-CAPSI, 0617-CAPSII, 0618-CAPSIII, 0619-CAPS álcool e drogas e 0620-CAPS infantil, ou seja, não há os subtipos CAPS AD II, III e IV.

4.4.2 Critérios de exclusão:

Não foram objeto deste estudo os CAPS implantados ou em fase de implantação que não foram habilitados pelo MS; Outras estratégias seja de base comunitária ou hospitalar que fazem parte da RAPS; valores recebidos para implantação de serviços de saúde mental ou outros pontos da RAPS; dados sobre reabilitação psicossocial, que está relacionada às iniciativas de inclusão que ocorrem por meio das atividades produtivas, cooperativas sociais e geração de renda (BRASIL, 2011), demográficas, sociais ou epidemiológicas.

* Os valores foram estimados pela autora decorrente do fato de não ter obtido resposta da GASAM/SES/PE e/ou MS (Nota técnica nº013/2021-ANEXO A), em tempo hábil até a conclusão desta pesquisa.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram coletados a partir o TABNET/DATASUS que é um tabulador de domínio público com dados de informações de saúde do MS, extraídos e armazenados no Microsoft Excel versão 2010 e analisados no software livre RStudio versão "Mountain Hydrangea" Release (547dcf861cac0253a8abb52c135e44e02ba407a1, 2023-07-07) for windows Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) RStudio/2023.06.1+524 Chrome/110.0.5481.208 Electron/23.3.0 Safari/537.36RStudio, 2023.06.1+524.

Nesse sentido, as etapas de análise foram dispostas de maneira que se compreendam as características dos dados, permita-se a mensuração da eficiência e sejam levantadas eventuais relações entre os gastos e os resultados de sua aplicação. Tais procedimentos são descritos no Quadro 2:

Quadro 2. Procedimentos de Pesquisa

Objetivo	Técnica Utilizada	Referência
Analisar a cobertura de CAPS/GERES	CAPS/100000	Brasil(2011)
Eficiência das GERES	Análise Envoltória de Dados (DEA)/ Pacote Benchmarking	Banker, Charnes e Cooper (1984) Bogetoft e Otto(2011)
Verificar a relação entre as variáveis	Coefficiente de Correlação de Peason	Fávero e Belfiore (2017)
Vazio assistencial	Análise descritiva dos dados	OMS(2008)

Fonte: Autora,2022

Os dados serão analisados através da estatística descritiva e do DEA- BCC, análise de benchmarking, com orientação para o produto. O DEA é um modelo não-paramétrico de análise de eficiência e que utiliza a técnica de programação linear. Ele também é um método de avaliação da eficiência de unidades tomadoras de decisão (DMUs), que utilizam múltiplos recursos/ insumos (inputs) para produzir múltiplos produtos ou resultados (outputs), criado por Banker et al. (1984), que trabalha com os retornos variáveis de escalar ou Variable Returns to Scala (VRS).

A lógica da análise da eficiência utilizada seria maximizar os inputs para obter a eficiência. Tal interpretação não faz inferências em pressupor reduções dos investimentos estatais em saúde, pelo contrário, suscita a discussão da eficiente aplicação dos recursos de modo a utilizar e otimizar todo valor investido pelos governos (LEPCHAK *et al.*, 2021). Mazon *et al.* (2015) comentam que uma característica interessante do modelo é a

possibilidade de se vislumbrar níveis ótimos de produção. Esses níveis ótimos podem servir como referência para a projeção de unidades em uma fronteira de eficiência.

Apesar de não existir na literatura quais insumos e produtos estão relacionados à prestação de serviços em saúde mental comunitários, considerou-se que os produtos(outputs), ou seja, as variáveis (y2,y3,y4) utilizadas possuem relação inversa com a variável(x) que representa o investimento/insumo(input) realizado em saúde mental (CAPS), isso se deve pela compressão que maiores gastos em saúde permitem reduzir o número de internações por causas psiquiátricas, valores com internações e dias de permanência. Enquanto que a variável procedimentos(y1) realizados nos CAPS tem relação direta com o aumento do financiamento, ou seja, com o aumento da cobertura haja vista que o custeio é fixo.

Destaco que os dados que perfazem as variáveis sobre financiamentos não tiveram correção pela inflação e, assim, impossibilitando comparar as quantias por ano e dizer com maior segurança se os recursos aplicados no campo cresceram, diminuíram ou ficaram estáveis no período analisado.

Quadro 3. Definição e descrição dos insumos

Variável	Definição	Descrição	Fonte
Vlr_CAPS (input-x)	Financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por local de residência.	[(CAPSIx28305,00)+(CAPSIIx33086,25)+(CAPSIIIx54123,75)+(CAPSADx39780,00)+(CAPSIXx32130,00)]x12 (referência: 2011-2012)	Portarias : Portaria nº 3089, de 23 de dezembro de 2011; Portaria nº 3091, de 13 de dezembro de 2013;
	Registro de produção no sistema de informação (SIS) para monitoramento do processo de implantação e adequada gestão dos serviços da RAPS/ por local de residência.	Procedimentos de 0301080020 a 03010880399 ¹	SIA/SUS/TABNET/DATASUS
Proc_CAPS (output-y1)	Inverso da quantidade de pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar ² por um período igual ou	1/ Inter_LH ² Procedimentos hospitalares utilizados na coleta desta variável.	SIH/SUS/TABNET/DATASUS
Inv_Inter_LH(output-y2)			

	maior que 24 horas)/por local de residência..		
Inv_Vlr_Inter_LH(output-y3)	Mede o gasto de recursos pagos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH))/por local de residência..	1/ Vlr_Inter_LH 2Procedimentos hospitalares utilizados na coleta desta variável.	SIH/SUS/TABNET/DATASUS
Inv_Perm_LH(output-y4)	Inverso da quantidade da unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar.	1/ Perm_LH 2Procedimentos hospitalares utilizados na coleta desta variável.	SIH/SUS/TABNET/DATASUS

Fonte: Autora,2022.

¹Quadro 4. Quadro com procedimentos ambulatoriais do SUS para a atenção psicossocial

0301080020	ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080038	ACOLHIMENTO EM TERCEIRO TURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080046	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL (RESIDENCIA TERAPEUTICA)
0301080054	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS
0301080062	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL
0301080070	ACOMPANHAMENTO INTENSIVO P/ USUARIO DE ALCOOL / DROGAS
0301080089	ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS
0301080097	ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE USUARIO DE ALCOOL / DROGAS
0301080100	ACOMPANHAMENTO NAO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAUDE MENTAL
0301080119	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE CRIANCA E ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS
0301080127	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE PACIENTES EM SAUDE MENTAL
0301080135	ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO PARA USUARIO DE ALCOOL / DROGAS
0301080143	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I - SAUDE MENTAL
0301080151	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II - SAUDE MENTAL
0301080160	ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO
0301080178	ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA
0301080186	ACOLHIMENTO NOTURNO DE PACIENTE DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIA ALCOOL E DROGAS III

0301080194 ACOLHIMENTO DIURNO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080208 ATENDIMENTO INDIVIDUAL DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080216 ATENDIMENTO EM GRUPO DE PACIENTE EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080224 ATENDIMENTO FAMILIAR EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080232 ACOLHIMENTO INICIAL POR CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080240 ATENDIMENTO DOMICILIAR PARA PACIENTES DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL E/OU FAMILIARES
0301080259 ACOES DE ARTICULACAO DE REDES INTRA E INTERSETORIAIS
0301080267 FORTALECIMENTO DO PROTAGONISMO DE USUARIOS DE CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL E SEUS FAMILIARES
0301080275 PRATICAS CORPORAIS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080283 PRATICAS EXPRESSIVAS E COMUNICATIVAS EM CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080291 ATENCAO AS SITUACOES DE CRISE
0301080305 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DA ATENCAO BASICA
0301080313 ACOES DE REDUCAO DE DANOS
0301080321 ACOMPANHAMENTO DE SERVICO RESIDENCIAL TERAPEUTICO POR CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080330 APOIO A SERVICO RESIDENCIAL DE CARATER TRANSITORIO POR CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL
0301080348 ACOES DE REABILITACAO PSICOSSOCIAL
0301080356 PROMOCAO DE CONTRATUALIDADE NO TERRITORIO
0301080364 ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES DECORRENTES DO USO DE ALCOOL
0301080372 ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS ADULTAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO USO DE CRACK
0301080380 ACOMPANHAMENTO DA POPULACAO INFANTO-JUVENIL COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DO US
0301080399 MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS PONTOS DE ATENCAO DA URGENCIA E EMERGENCIA

Fonte: PROCEDIMENTO/SIA/SUS/TABNET/DATASUS.

²Quadro 5 Procedimentos hospitalares do SUS para causas psiquiátricas

0303170077 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (CLASSIFICACAO PT GM 251/02)
0303170085 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA - EM HOSPITAL GERAL (POR DIA)
0303170093 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA (POR DIA)
0303170190 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA DE CURTA PERMANENCIA POR DIA (PERMANENCIA ATÉ 90 DIAS)
0303170204 TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA POR DIA (COM DURAÇÃO SUPERIOR A 90 DIAS DE INTERNAÇÃO OU REINTERNAÇÃO)

Fonte: PROCEDIMENTO/SIH/SUS/TABNET/DATASUS.

Os dados referentes a série histórica de cobertura de CAPS, taxa de cobertura e indicador de cobertura, por GERES, por ano encontra-se no APENDICE A. Já os dados referentes as lacunas assistenciais por GERES/ municípios, no ano de 2019, estão no APENDICE D.

A GERES III(APENDICE C), em 2011, apresenta o valor zero para a variável VLR_CAPS/ano, mas chama a atenção haver 8648 procedimentos na produção que possivelmente podem ser justificados pela produção de CAPS em fase de implantação ou em funcionamento e/ou sub-registro e/ou fragilidade no registro dos dados, mas ainda não habilitado pelo MS.

Percebe-se também que a GERES X, em 2011, apresenta zero valores para a variável *proc_CAPS*, apesar de ter CAPS habilitado, limitação própria decorrente da possibilidade de sub-registro e/ou fragilidade no registro dos dados.

Cabe salientar que as linhas que continham esses zeros(outliers) foram excluídas por que eles poderiam influenciar negativamente a estimação da fronteira de eficiência.

Estudo de Silva *et al.*(2018) reforça a ideia de que o registro das práticas profissionais em sistemas de informação é primordial para o monitoramento, avaliação e qualificação da atuação dos CAPS nos territórios.

4.6 EFICIÊNCIA PELA ANÁLISE ENVOLTÓRIA DOS DADOS

A eficiência é entendida aqui como a relação entre insumos e produtos, se diferenciam em eficiência técnica e eficiência alocativa, como também podem ser vista pela ótica dos insumos ou pela ótica dos produtos em economia. Esta análise é sugerida para avaliar políticas públicas quanto aos seus resultados e quando se deseja identificar os índices de ineficiência. Segue figura com explicação sobre a diferença entre os tipos de eficiência técnica(BRASIL,2018).

Figura 3. Tipos de eficiência técnica

nicamente eficiente (capaz de produzir sem desperaícios
maneira a minimizar os seus custos totais.

FIGURA 1
Tipos de eficiência



Fonte: BRASIL,2018.

Para se atingir a eficiência técnica deve se ter clareza do cenários para identificar cada eixo a ser analisado. Partindo desse pressuposto primeiro foram identificadas as unidades produtivas (GERES), para em seguida a definição dos insumos (x) e dos produtos(y).

A partir da relação entre insumos e produtos obtém-se a fronteira de produção que visa atingir a eficiência ótima.

Figura 4.Fronteira de produção



Fonte: BRASIL, 2018.

Neste estudo a eficiência foi avaliada por um modelo não paramétrico, que utiliza um método de programação linear, a análise envoltória dos dados (data envelopment analysis-DEA), que parte do pressuposto de que existe certo número de unidades decisórias (DMUs) que convertem insumos (*inputs*) em produtos (*outputs*) ou resultados (*outcomes*), sendo a única diferença entre elas as quantidades utilizadas e produzidas por cada uma (FREITAS, 2016).

A DEA tem sido utilizada de forma ampla na área da saúde para determinar o nível de eficiência de serviços e gastos públicos. Este método busca estabelecer uma fronteira de eficiência relativa, a qual representa o uso ótimo do recurso por determinadas unidades produtivas. sendo a única diferença entre elas as quantidades utilizadas e produzidas por cada uma (FREITAS, 2016).

Poder-se-ia, então, criar um índice virtual de produção para cada unidade, de modo a se obter uma agregação dos produtos gerados:

$$IVP_i = \mu_1 q_{1,i} + \mu_2 q_{2,i} + \dots + \mu_s q_{s,i}$$

Onde $q_{j,i}$ é a quantidade produzida pela i -ésima DMU do produto j e μ_j é o peso atribuído ao produto de número j na construção do índice. Analogamente, um índice virtual de insumos também poderia ser computado:

$$IVI_i = v_1 x_{j,i} + v_2 x_{j,i} + \dots + v_m x_m$$

Onde, $x_{j,i}$ é a quantidade utilizada do insumo j pela i -ésima DMU e v_j é o peso atribuído ao insumo de número j na construção do índice.

Apesar de existirem diversas formas para determinar as fronteiras de eficiência em DEA, duas são consideradas clássicas: CCR ou *Constant Returns to Scale* – CRS (CHARNES; COOPER; RHODES, 1978) e BCC ou *Variable Returns to Scale* –VRS (BANKER; CHARNES; COOPER, 1984).

O método utilizado neste estudo é o conhecido como BCC (Banker, Charnes e Cooper) utilizando a escala de retornos variáveis (variable return scale-VRS), orientada a insumos. Existem duas formas de aplicar o método DEA, a depender de qual o objetivo da análise. Na versão “orientada ao insumo”, se assume que as saídas ou produção são fixas e se pretende minimizar as entradas a partir da redução do número de recursos utilizados. Já na versão “orientada ao produto”, se assume que os recursos são fixos e o objetivo é maximizar a saída ou produção. Em geral, a escolha entre orientação à entrada ou saída depende de qual dos dois elementos se tem controle na tomada de decisão (MATOS,2022). Os modelos DEA padrão dividem as DMUs em dois grupos: eficientes e ineficientes.

Este modelo BCC pressupõe que as DMU's avaliadas apresentem retornos variáveis de escala. O modelo determina uma fronteira VRS que considera retornos crescentes ou decrescentes de escala na fronteira eficiente. Considera que um acréscimo no input poderá promover um acréscimo no output, não necessariamente proporcional, ou até mesmo um decréscimo.

Os resultados são apresentados em forma de escores numa escala de 0 (zero), representando o menos eficiente, a 1 (um), representando o mais eficiente. Onde os mais eficientes ou benchmarking são as DMUs que receberam scores iguais a um.

Pode ser expresso pela fórmula presente na figura a seguir.

Figura 5. BCC-VRS

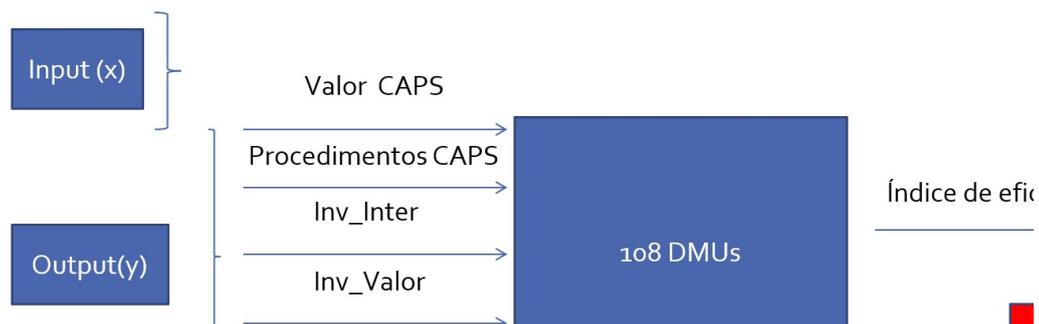
insumos, da segu

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Min: } \theta_i \\ \{\theta, \lambda\} \\ \text{s.t.: } \theta_i \bar{x}_i - X\bar{\lambda} \\ Q\bar{\lambda} - \bar{q}_i \geq \\ \bar{e}_n \bar{\lambda} = 1 \end{array} \right.$$

Fonte: BRASIL, 2018.

Para este estudo, o modelo visual de DEA BCC-VRS consta na figura abaixo.

Figura 6. Modelo DEA BCC-I VRS deste estudo



Fonte: Autora, 2022

Legenda:

- 1- Variáveis de input e outputs constam em quadro 3;
- 2- DMU são todas as GERES analisadas de 2011 a 2019.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa com dados primários oficiais sem possibilidade de identificação e dados secundários, esta pesquisa oferece risco mínimo. Esta pesquisa foi aprovada em comitê de ética da UFPE, CAAE nº 35291620.1.0000.5208, parecer nº 4.194.002.

Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população em que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Arti

go 3º, Inciso IV).

Os benefícios serão identificar os benchmarkings, ranqueá-los e propor, através desses resultados, melhorias na gestão de habilitação dos CAPS pelas GERES, promovendo mais eficiência técnica, eficácia, efetividade e qualidade na alocação de recursos destinados a Saúde Mental Estadual e na prática técnica-assistencial da rede. Como também propor ações estratégicas que tenham por objetivo fortalecer e consolidar as RAPS, garantido subsídios científicos que justifiquem o aumento do financiamento para esta área por parte do Governo Federal, Governo de PE e governos municipais.

Os pesquisadores se comprometem a realizar esta pesquisa em conformidade e respeito aos princípios éticos da Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e suas complementares.

5 RESULTADOS

5.1 ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS

Antes de realizar a análise de eficiência relativa das GERES de Pernambuco, foi realizado levantamento do cenário da assistência prestada pelos CAPS, desde a cobertura até os procedimentos realizados, das variáveis hospitalares para causas psiquiátricas.

Falando um pouco sobre as variáveis extraídas dos CAPS, o estudo encontrou o que se segue:

5.1.1 Descrição do coordenador e orientador do cuidado em saúde mental.

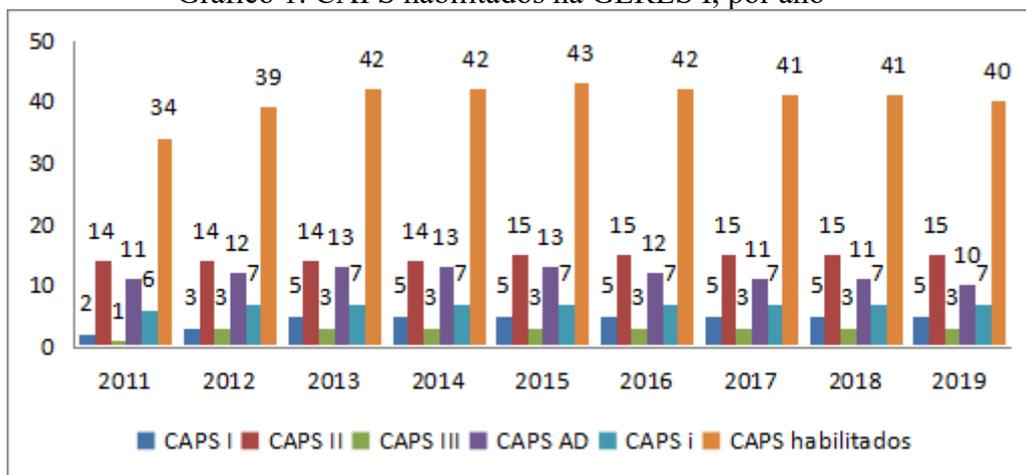
Inicialmente o estudo fará uma análise da cobertura dos CAPS por GERES. Assim apresentará uma fotografia da unidades instaladas nas regiões de saúde. Após esse momento haverá uma análise da cobertura ponderada e seus indicadores, para finalmente se buscou compreender as lacunas assistenciais existentes, neste último caso, para o ano de 2019. Foi feita a análise do vazio assistencial apenas para o ano de 2019 porque esta variável não é objeto da pesquisa, mas apresenta-se como complementar as informações aqui discutidas.

Na GERES I houve prevalência de habilitação de CAPS II, CAPS AD e CAPS i; Na GERES II houve maior número de habilitação de CAPS tipo I; a GERES III só habilitou CAPS I; Na GERES IV houve predomínio de habilitação de CAPS I, exceto em 2014, que foi maior o número de habilitação de CAPSIII; da GERES V a XII, houve maior numero de habilitação de CAPS I. Esses dados refletem o gerenciamento da implantação da PSM nacional e estadual, o porte dos municípios do estado e como se dá a distribuição dos CAPS no território pernambucano. Observa-se também que os menores indicadores estão presentes

nas GERES II, III e VII, ou seja, existe uma discrepância imensa na distribuição das habilitações dos grandes centros para as mais longínquas GERES com municípios de pequeno porte.

O gráfico 2 apresenta a quantidade de CAPS habilitados na GERES I por tipo, por ano. CAPS I, aumento de 3(150%)habilitações; CAPSII, aumento de 1(7,14%) habilitações; CAPS III, aumento de 2(200%)habilitações; CAPS AD, houve 1(9,09%) desabilitação; CAPS i, aumento de 1(16,6%)habilitação. No geral houve aumento de 17,6% nas habilitações de CAPS.

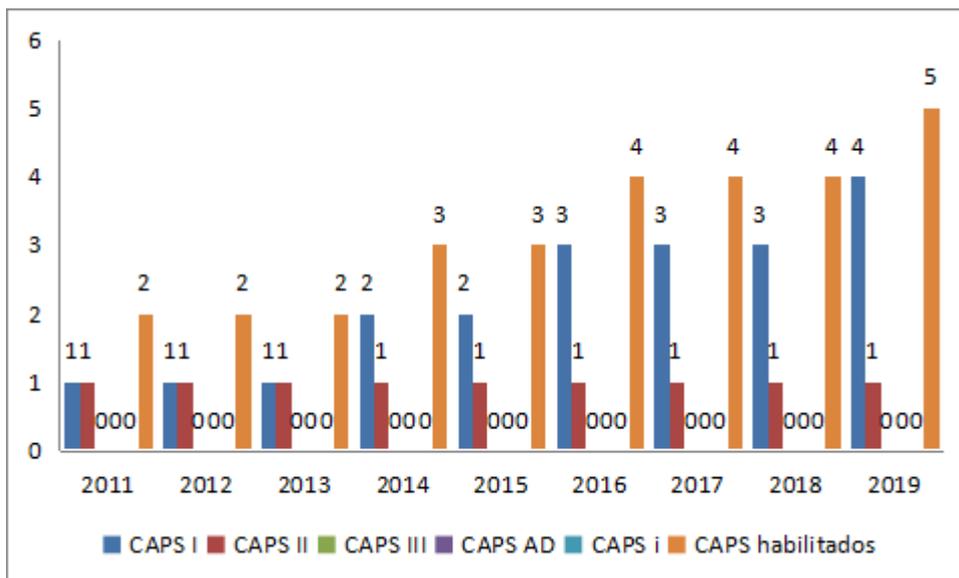
Gráfico 1. CAPS habilitados na GERES I, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

O gráfico 2 apresenta a quantidade de CAPS habilitados na GERES II por tipo, por ano. CAPS I, 1(20%) desabilitação; CAPSII, primeira e única habilitação de 2013 a 2019, representando aumento de (100%) habilitação; CAPS III, AD e infantil não foram habilitados nesse período.

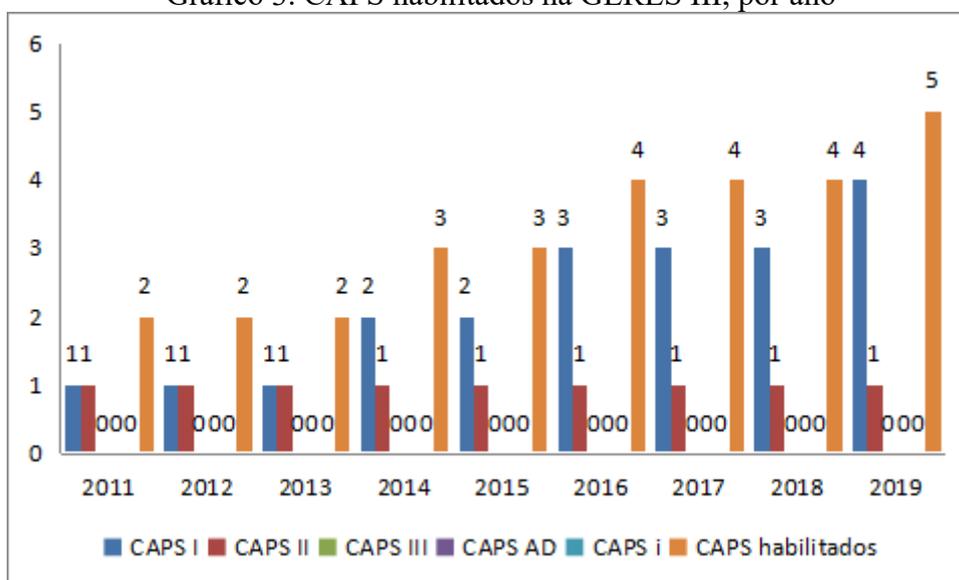
Gráfico 2. CAPS habilitados na GERES II, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES III em 2011 não tinha CAPS habilitado, a primeira habilitação de CAPS foi em 2012, de 2011 a 2019 esta GERES habilitou 06(600%) CAPS I. O maior número de habilitações ocorreu entre 2013 e 2014, e 2016 e 2017.

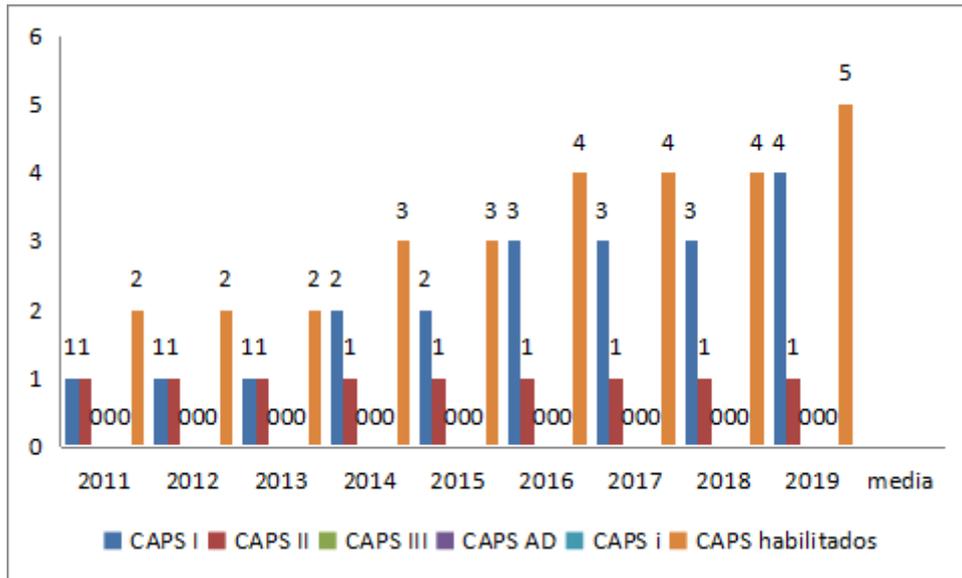
Gráfico 3. CAPS habilitados na GERES III, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES IV , em 2011 tinha habilitado 01 CAPS1 e 01 CAPSII. Concluiu 2019 com um aumento nessas modalidades de 800% e 500%, respectivamente. Não apresentou habilitação para as outras modalidades.

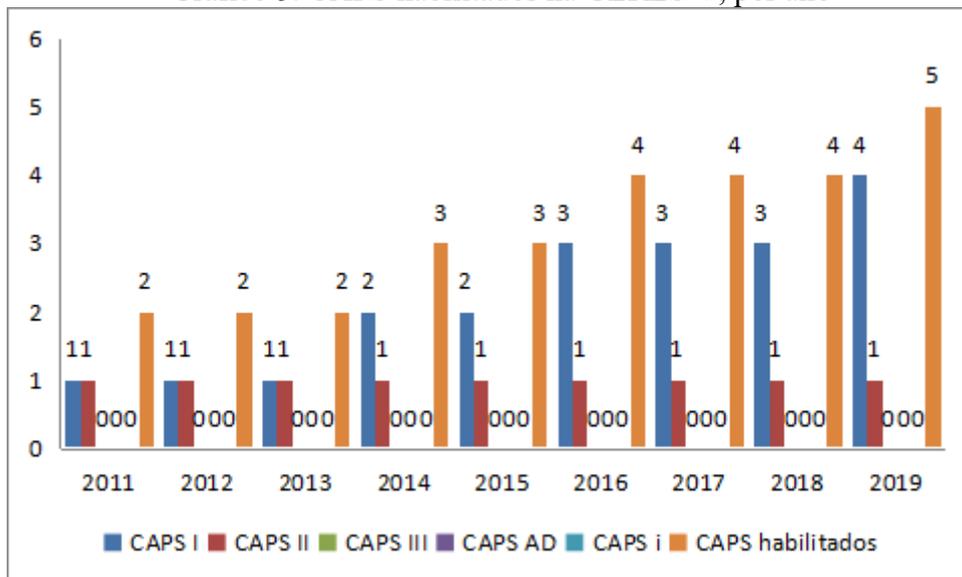
Gráfico 4. CAPS habilitados na GERES IV, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES V em 2011 tinha 02 habilitações, em 2019 tinha 14, aumentou sua assistência territorial por CAPS em 600%. Nunca habilitou CAPSi em sua rede, no período. Em 2018 foi desabilitado o CAPSII.

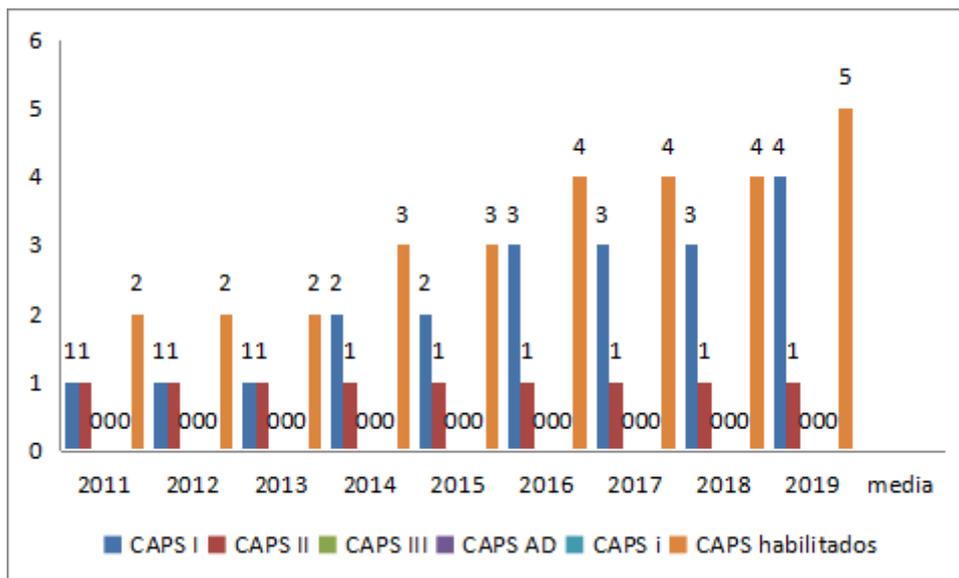
Gráfico 5. CAPS habilitados na GERES V, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES VI habilitou 4 CAPS no período. Não possui em sua rede CAPS III, AD e infantil. Houve um aumento de 80% na habilitação de CAPS I.

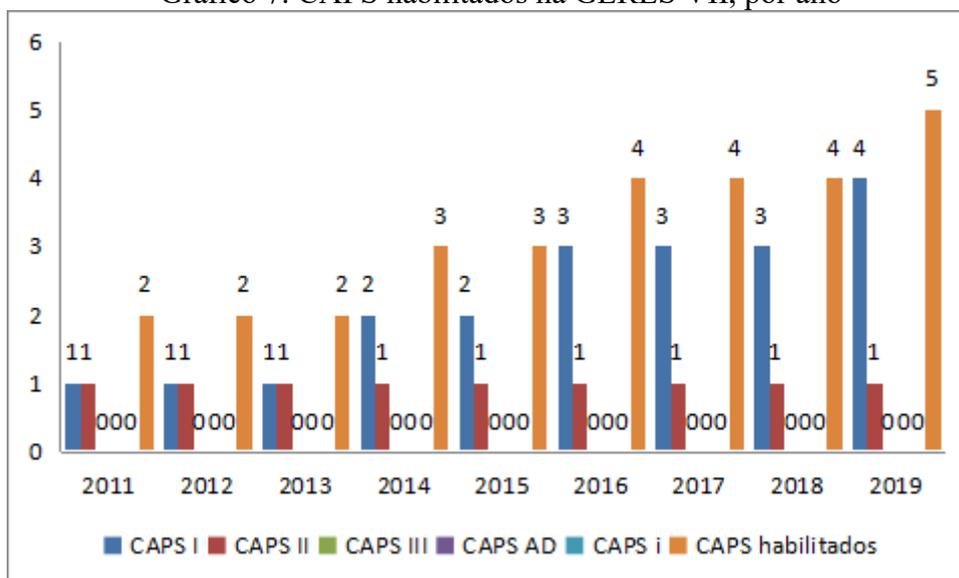
Gráfico 6. CAPS habilitados na GERES VI, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES VII, só possui em sua região 02 CAPS tipo I habilitado em todo o período, conforme gráfico abaixo. Em 2016 apresenta 01 CAPS I.

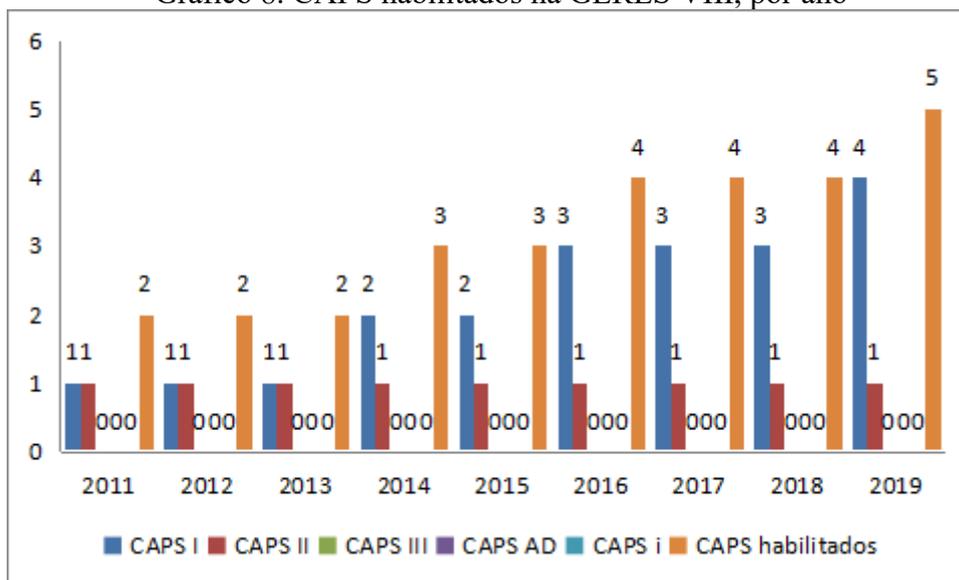
Gráfico 7. CAPS habilitados na GERES VII, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES 8, possui mais CAPS I habilitados, no entanto possui também outras modalidades como CAPS II, AD e infantil. Não possui CAPS III habilitado.

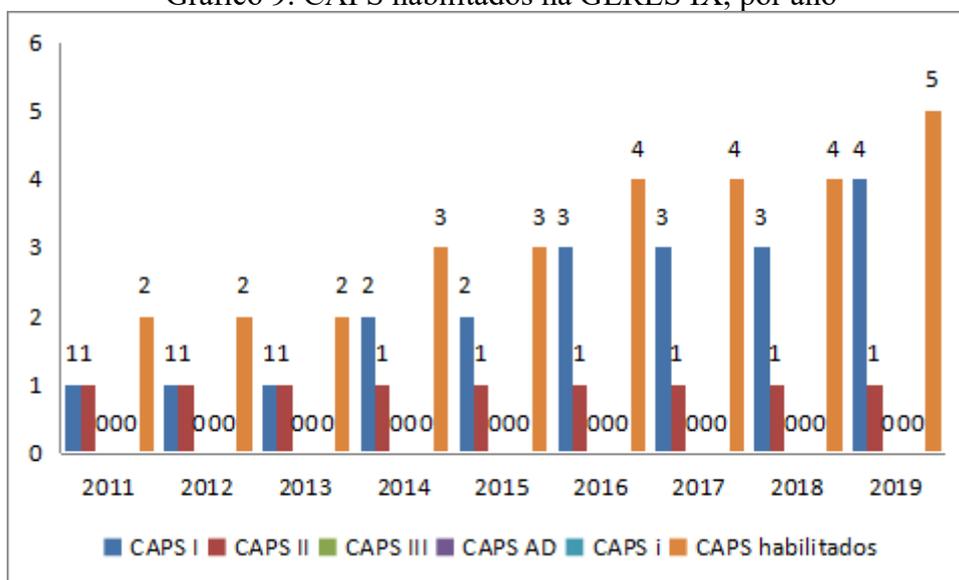
Gráfico 8. CAPS habilitados na GERES VIII, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES IX, teve pouca ampliação em sua cobertura, foram habilitados 02 CAPSII no período. Não possui outras modalidades de CAPS habilitados.

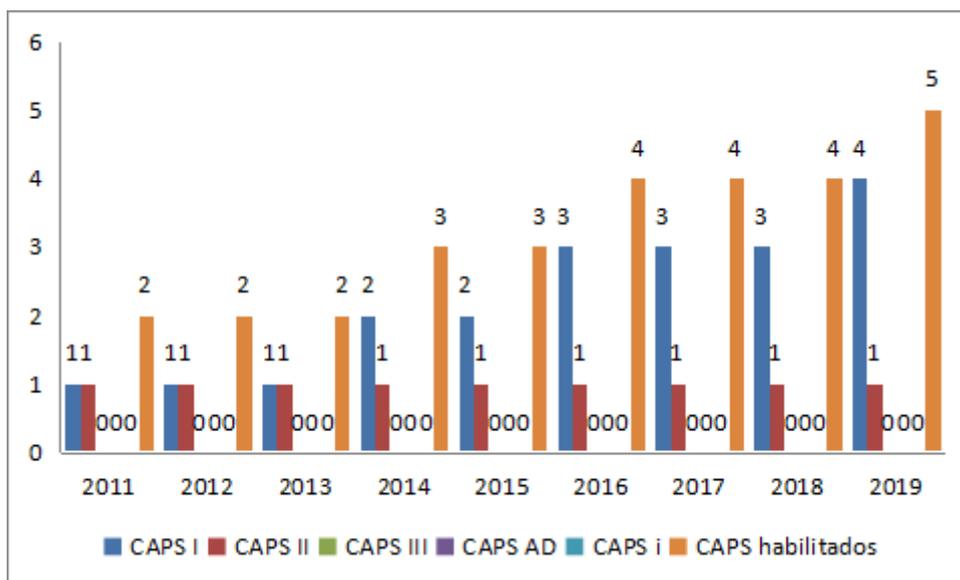
Gráfico 9. CAPS habilitados na GERES IX, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES X apresentou em 2011, 01 unidades de CAPSI, ampliou as habilitações em 200%, ao ter em 2019, 02 CAPSI e 01 CAPSIII habilitado.

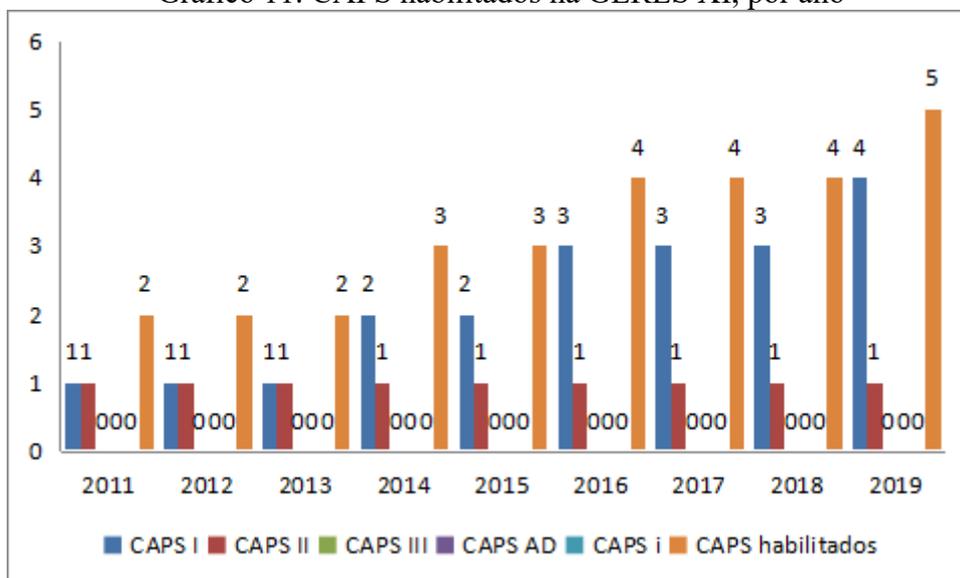
Gráfico 10. CAPS habilitados na GERES X, por ano.



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES XI, ampliou suas habilitações de 02 para 04 unidades de CAPS, o que corresponde a 100%. Em 2019 não havia habilitado CAPS III ou AD.

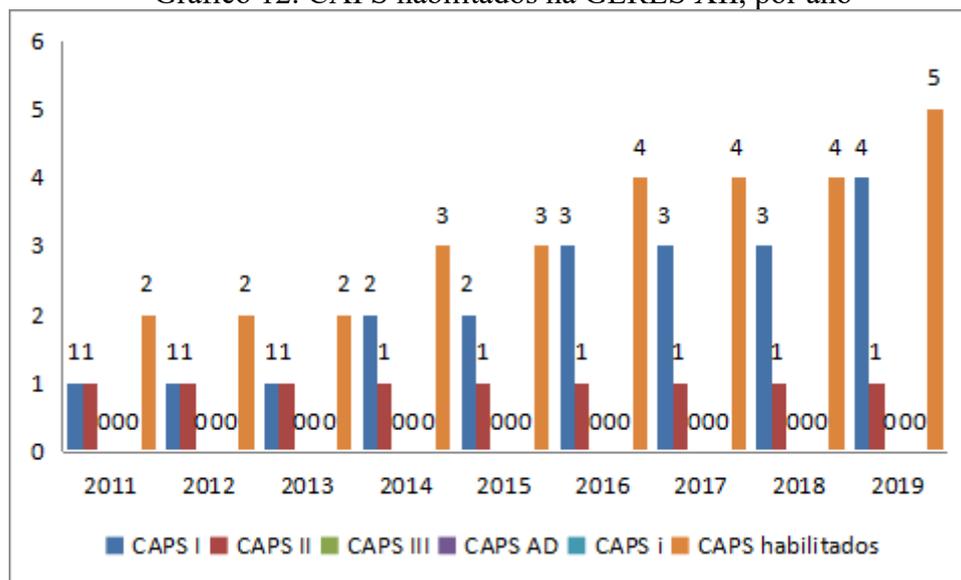
Gráfico 11. CAPS habilitados na GERES XI, por ano



Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A GERES XII ampliou suas habilitações em 150%, no entanto sua cobertura conta apenas com CAPS II e I.

Gráfico 12. CAPS habilitados na GERES XII, por ano



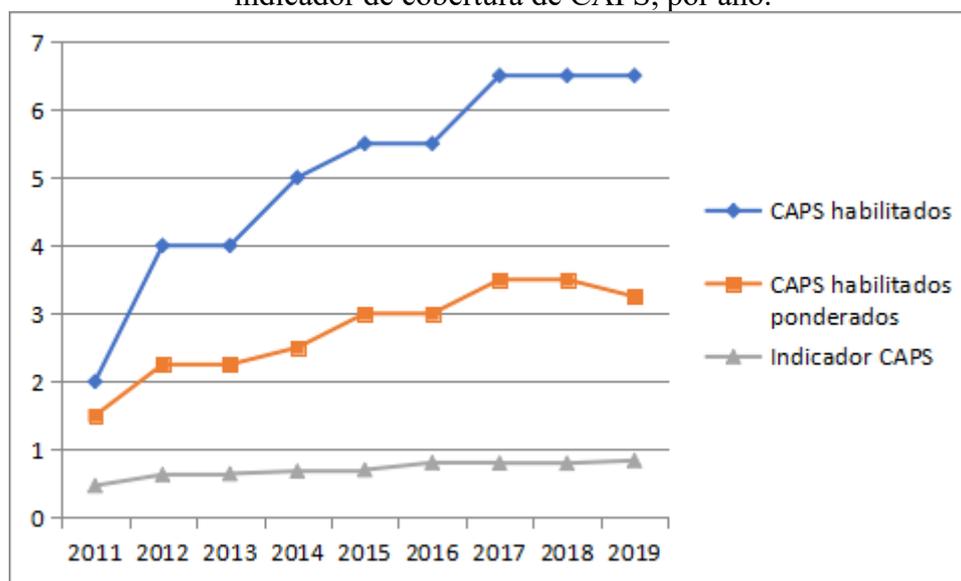
Fonte: CNES/TABNET/DATASUS.

A média da série histórica referente a taxa de cobertura e indicador de CAPS no território (APENDICE A), por GERES, mostra que de 2011 a 2019, 57% (61) das unidades apresentaram indicador muito bom, 23%(25) apresentaram indicador bom, 10%(11) apresentaram indicador regular/baixo, 7%(7) apresentaram indicador baixo e 3%(4) apresentaram indicador insuficiente/crítico, sendo as GERES 3, nos anos 2011,2012 e 2013;e, GERES 4, em 2011.

A GERES I teve seu melhor indicador de cobertura no ano de 2015 (0,84); a GERES II, no ano 2013 (0,5993); a GERES III, em 2017 (0,5679); a GERES IV, em 2014 (1,51); a GERES V, em 2019 (1,55); a GERES VI, em 2019 (1,29); a GERES VII, em 2014 (1,38); a GERES VIII, em 2019(0,89); a GERES IX, em 2017 (0,85); a GERES X, em 2017(1,3269); a GERES XI, em 2011(0,88); e, a GERES XII, em 2019(0,95).

O gráfico abaixo apresenta tendências diferentes para as variáveis, aumento contínuo com estabilização a partir de 2017 na variável CAPS habilitados; aumento contínuo com tendência a queda a partir de 2018, na variável CAPS habilitados ponderados(cobertura/100000 habitantes); e, aumento discreto do indicador CAPS com tendência a se manter aumentando.

Gráfico 13. Média das GERES por CAPS habilitados, CAPS/habitantes ponderados e indicador de cobertura de CAPS, por ano.



Fonte: Autora,2022.

Apesar da cobertura está entre boa e muito boa para a maioria da GERES, com exceção apenas da GERES III avaliada com cobertura regular/baixa, existe um vazio assistencial de CAPS II, nas GERES III,IX e X; CAPS III, nas GERES II,III,VI,VII,VIII,IX,XI e XII; CAPS AD, nas GERES II,III,IV,,VI,VII,IX,X,XI e XII; CAPS infantil nas GERES II,III,IV,V,VI,VII,IX,X e XII.

Fazendo uma avaliação mais aprofundada, pelos 184 municípios que compõem as 12 GERES (APENDICE D), no ano de 2019, excluía a ilha de Fernando de Noronha, 78(42%) municípios apresentam lacunas assistenciais em saúde mental nos territórios quanto a presença de CAPS, que corresponde a população total de 1389546 mil habitantes (15% da população estimada do estado para o referido ano). Destes, 19 (24%) municípios tem população acima de 20 mil habitantes, o que significa que tem critério de porte populacional para habilitar alguma modalidade de CAPS. Enquanto que 59(76%) tem população estimada abaixo de 20 mil habitantes, ou seja, precisa de pactuação em CIR para habilitação de CAPS regional conforme porte populacional consórcio/pactuação intermunicipal.

Na análise da lacuna assistencial por GERES, considerando o porte populacional e desconsiderando a distância geográfica entre os municípios, chega-se a possibilidade de se habilitar 01CAPS I regional, por GERES, nas GERES II,VI,VII,IX,XI e XII; CAPS II regional II,III,V e X; e, CAPS III na GERES IV.

A GERES VIII está totalmente coberta por CAPS, ou seja, todos os municípios possuem alguma modalidade de CAPS habilitado, e a GERES I tem apenas um município não

coberto por CAPS, mas que sua população é 13518 mil habitantes, isto é, não tem porte populacional para habilitação no próprio município, ficando seus usuários dependentes de outros municípios ou descobertos.

Estes dados revelam que além da lógica de aumentar a cobertura, a habilitação deve ser orientada pela regionalização com ênfase na interiorização para diminuir as barreiras de acesso seja por demanda ou por oferta, ao mesmo tempo que integra melhor os pontos da RAPS e conseqüentemente da RAS pois percebe-se que a ampla assistência por CAPS em suas diversas modalidades permanece sendo um desafio para as GERES e a saúde estadual. Se faz necessária a adoção de práticas gerenciais e assistenciais que consigam aumentar a capacidade produtiva sem contar apenas com a ampliação da rede CAPS municipal haja vista existem DMUs que já possuem CAPS em toda sua rede municipal, fica a sugestão de se lançar mão das pactuações para habilitação de CAPS III, AD e infanto-juvenil para fortalecer a rede de atenção à crise para além da implantação de leitos psiquiátrico em hospitais gerais.

5.1.2 Variáveis comunitárias e hospitalares.

Quanto a média geral das variáveis comunitárias (CAPS), o valor do custeio fixo per capita foi de R\$4,36, foram realizados 20354 procedimentos, sendo 0,04 procedimentos per capita, e custo de R\$122,37 por procedimento.

Conforme tabela 1, houve aumento de 88,6% no valor de custeio per capita, uma diminuição de 0,6% na realização dos procedimentos, mas quando se analisam os procedimentos per capita, houve um aumento de 0,04%; por fim, houve um aumento de 83,3% no valor do procedimento.

Tabela 1. Série histórica das médias das variáveis: valores de custeios de CAPS per capita, procedimentos, procedimentos per capita e valores do procedimento por ano

Ano	VLR_CAPS/ano/pop	Proc_CAPS	Proc_CAPS/população	VLR_CAPS_ano/Proc_CAPS
2011	2,998189	34865,5	0,069292	35,2448
2012	4,004066	30744,5	0,077497	53,10839
2013	4,129481	8015,5	0,01793	122,3755
2014	4,334352	8047,5	0,016674	296,8659
2015	4,362527	8401,5	0,019086	218,192
2016	4,715842	13092,5	0,023086	166,8941
2017	4,943956	20354,5	0,040664	140,3931
2018	4,940251	35351,5	0,058963	91,56176

2019	5,649679	34643,5	0,073334	64,59234
-------------	----------	---------	----------	----------

Fonte: Autora,2022.

Quanto as variáveis hospitalares, a tabela 2 mostra que houve uma média de 0,000379 internação per capita, valor de internação de R\$1,07 per capita, valor do internamento R\$4274,95 e permanência per capita de 0,04 dias.

Tabela 2. Média das variáveis hospitalares: internação per capita, valor da internação per capita, valor da internação e permanência per capita, por ano

Ano	Inter_LH/pop	Vlr_Inter_LH/pop	Vlr_Inter_LH/ Inter_LH	Perm_LH/pop
2011	0,00062	0,02	4568,68	0,054397
2012	0,000527	1,07E-05	4274,955	0,048441
2013	0,000584	1,09E-05	4029,625	0,018733
2014	0,000397	9,11E-06	3548,226	0,035549
2015	0,000379	4,96E-06	4161,282	0,036649
2016	0,000281	4,01E-06	4288,479	0,037098
2017	0,000203	5,1E-06	3572,026	0,007375
2018	0,00023	1,357584	4578,038	0,02282
2019	0,000214	1,071614	4340,132	0,015742

Fonte: Autora,2022.

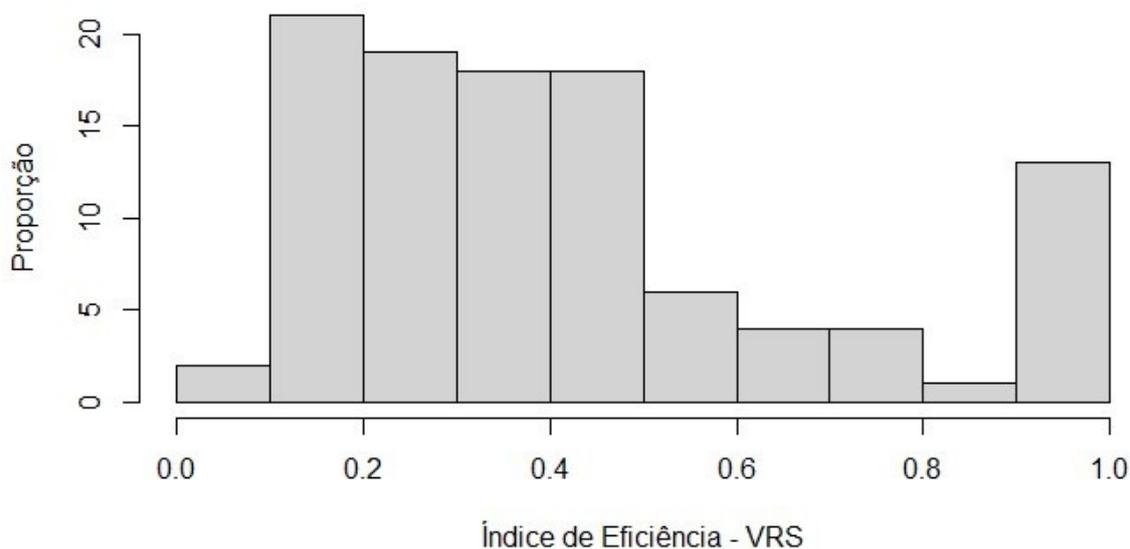
Fazendo uma comparação entre a média geral das variáveis do CAPS e hospitalares, pode-se inferir que apesar do valor da internação per capita ser R\$1,07 contra R\$4,36 do valor do CAPS per capita, uma diferença de 316%, os CAPS conseguem entregar 0,04 procedimentos per capita pelo valor de R\$122,38, enquanto os hospitais entregam 0,00038 internações pelo valor unitário de R\$4274,95 por internação. Em outras palavras, os CAPS realizam 99,05% mais procedimentos, 3393% mais barato que os hospitais. Para cada real investido em CAPS, se economizam R\$34,93 em internação hospitalar, neste ambiente de estudo.

5.2 MENSURAÇÃO DOS ESCORES DE EFICIÊNCIA

Após os esclarecimentos necessários sobre a composição dos dados mediante análises descritivas, procedeu-se com a mensuração dos escores de eficiência com a definição das DMUs tecnicamente eficientes com valores iguais 1 e dos benchmarks que são a GERES/ANO que foram utilizadas como referência para as demais.

Aplicou-se o método DEA-BCC, orientado a *input*, para realizar a análise de eficiência técnica das 106 (DMUs) selecionadas. Segue abaixo análise do histograma.

Figura 7. Histograma dos escores de eficiência das DMUs, de 2011-2019.



Fonte: Autora, 2022.

A partir do histograma, observa-se que as DMUs não estão bem distribuídas entre os escores de eficiência, havendo maior concentração delas entre os escores de 0,1 e 0,5, perfazendo um total de 76 unidades tomadoras de decisão, que representa 72% daquelas. As DMUS foram ranqueadas conforme seus índices de eficiência na tabela 3, onde as 11 primeiras, que correspondem a 10,38% das DMUs que foram consideradas tecnicamente eficientes.

O método DEA não diferencia o desempenho entre as DMUs eficientes, isto é, todos as GERES/ANO com nível máximo de eficiência assumem, conjuntamente, a primeira colocação no ranking, sem diferenciação das suas posições.

Torgersen, Forsund e Kittelsen (1996) desenvolveram uma metodologia para identificar a posição de uma DMU eficiente entre aquelas de maior eficiência, em outros termos, estabelecer um ranking entre as unidades tomadoras de decisão que alcançaram 100% da eficiência técnica. Para isso, os autores sugeriram observar a frequência com a qual a DMU de interesse é utilizada como benchmark pelas outras unidades ineficientes, estabelecendo, assim, uma ordem classificatória da mais utilizada para a menos utilizada e, conseqüentemente, identificando as posições entre as DMUs de máxima eficiência.

Tabela 3. Ranking de eficiência das GERES de PE.

DMU	ANO	ESCORE
GARANHUNS	2012	1.00000000
CARUARU	2011	1.00000000
GARANHUNS	2019	1.00000000
SALGUEIRO	2011	1.00000000
SALGUEIRO	2012	1.00000000
PALMARES	2012	1.00000000
CARUARU	2017	1.00000000
GARANHUNS	2017	1.00000000
CARUARU	2018	1.00000000
GARANHUNS	2018	1.00000000
CARUARU	2019	1.00000000
GARANHUNS	2011	0.96082682
LIMOEIRO	2019	0.91318133
LIMOEIRO	2018	0.87875058
LIMOEIRO	2017	0.73724865
CARUARU	2016	0.73112472
ARCOVERDE	2012	0.73017457
CARUARU	2013	0.70390949
PETROLINA	2011	0.68357300
GOIANA	2018	0.64110507
PETROLINA	2012	0.63428555
LIMOEIRO	2015	0.61236239
CARUARU	2015	0.59849440
CARUARU	2012	0.59295269
PETROLINA	2019	0.55629930
LIMOEIRO	2016	0.53928798

LIMOEIRO	2012	0.53470636
PALMARES	2013	0.52176393
GOIANA	2019	0.49830877
LIMOEIRO	2011	0.47622702
PALMARES	2016	0.47267176
ARCOVERDE	2019	0.46656934
LIMOEIRO	2014	0.45531423
PALMARES	2019	0.44737736
PALMARES	2018	0.44300936
GOIANA	2013	0.43630491
GOIANA	2017	0.43028499
GOIANA	2012	0.42872388
GARANHUNS	2014	0.42414683
GOIANA	2015	0.42328661
PETROLINA	2014	0.42258177
GARANHUNS	2013	0.42172542
GOIANA	2011	0.42107730
ARCOVERDE	2011	0.41827505
OURICURI	2017	0.41289697
PETROLINA	2015	0.40258017
ARCOVERDE	2018	0.39987403
PETROLINA	2016	0.38349411
SERRA TALHADA	2018	0.37724022
PALMARES	2017	0.37453941
RECIFE	2019	0.36553630
RECIFE	2011	0.36475155
GOIANA	2014	0.36002263
OURICURI	2019	0.34751857
SERRA TALHADA	2019	0.34529355
PALMARES	2015	0.34386942
ARCOVERDE	2017	0.34213839
RECIFE	2018	0.33381823
PALMARES	2014	0.32217243
SERRA TALHADA	2011	0.32002178
GOIANA	2016	0.31510113
OURICUI	2011	0.31328839
RECIFE	2012	0.31290362
OURICURI	2016	0.30097169
PETROLINA	2018	0.29920744
ARCOVERDE	2016	0.29867178
LIMOEIRO	2013	0.29478683
SALGUEIRO	2019	0.28127083
SALGUEIR	2016	0.27445142

SERRA TALHADA	2012	0.26941771
RECIFE	2017	0.26205161
PETROLINA	2017	0.25836829
OURICURI	2012	0.25073181
ARCOVERDE	2013	0.25053300
SERRA TALHADA	2013	0.23881302
OURICURI	2018	0.23727838
ARCOVERDE	2015	0.23613158
SERRA TALHADA	2017	0.23012722
RECIFE	2016	0.22025286
SERRA TALHADA	2015	0.21235244
RECIFE	2015	0.21155085
ARCOVERDE	2014	0.20515354
PETROLINA	2013	0.20493173
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2015	0.19971269
SERRA TALHADA	2016	0.19603145
CARUARU	2014	0.18971803
RECIFE	2014	0.18293212
SALGUEIRO	2017	0.18016829
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2014	0.17900994
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2019	0.17791754
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2013	0.17545970
OURICURI	2015	0.17197454
OURICURI	2014	0.16695727
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2012	0.16228601
SALGUEIRO	2018	0.16031796
OURICURI	2013	0.15864433
RECIFE	2013	0.15373348
GARANHUNS	2016	0.14726153
GARANHUNS	2015	0.14060557
SALGUEIRO	2015	0.12996515
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2018	0.12709157
SERRA TALHADA	2014	0.12689247
SALGUEIRO	2013	0.12429104
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2017	0.11018947
AFOGADOS DA INGAZEIRA	2016	0.08793350
SALGUEIRO	2014	0.06499661

Fonte: Autora, 2022.

Ainda inspirada em Fonseca e Ferreira (2009) e Jailson Duarte et al (2016), foi construída uma escala numérica agrupando os resultados em classes de eficiência a partir dos escores encontrados. No caso deste estudo, definiu-se que aqueles municípios que

apresentaram resultados abaixo da média são classificados como “alta ineficiência”; aqueles que estão entre a média e 0,8 são classificados com “ineficiência moderada”; os que estão acima desse valor e abaixo de 1, foram especificados com “baixa ineficiência” e, por fim, aqueles que atingiram o escore 1 são identificados como eficientes. Neste estudo o escore médio de eficiências foi 0,4240, onde há o entendimento de que para esse valor médio se tornar eficiente, ou seja, uma produção ótima, seria necessário o aumento em 58% os insumos. A mesma máxima funciona para as DMUS eficientes em que com o mesmo consumo de insumos conseguiram ter uma produção ótima.

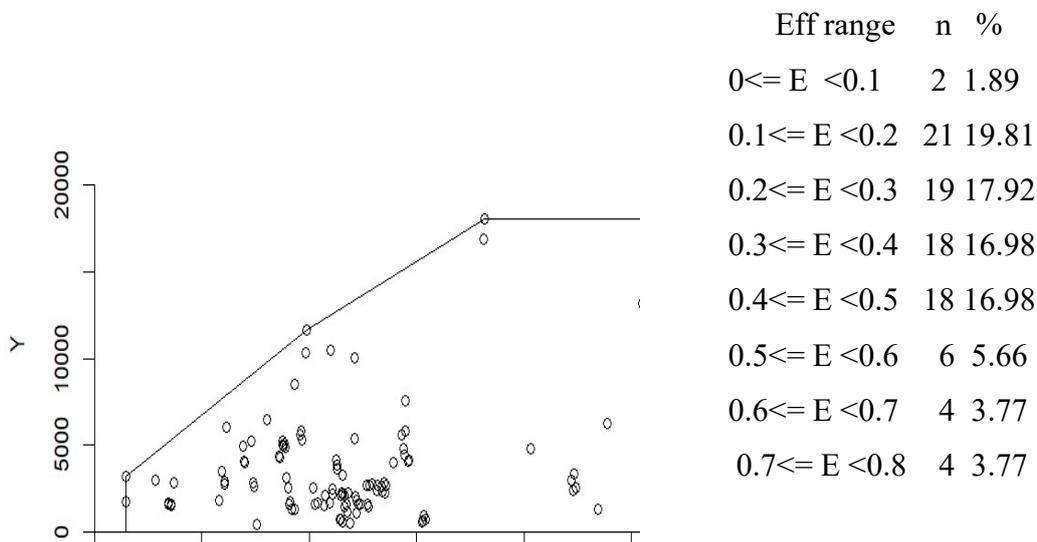
Quadro 6. Classes de eficiências das GERES de PE.

Classes de eficiência	n
Eficiente (=1)	11
Baixa ineficiência (>0,8<1)	3
Ineficiência moderada (>0,4240 < 0,8)	25
Alta ineficiência (<0,4240)	67

Fonte: Autora, 2022.

Na figura 8 visualiza-se a fronteira de eficiência, que considerou as DMUs (GERES/ANO) Garanhuns-2012, Caruaru-2011, Garanhuns-2019, Salgueiro-2011, e Salgueiro-2012 como referência(λ) para as unidades ineficientes. Para a compreensão da distribuição das DMUs na isoquanta, segue ao seu lado a faixa de eficiências, a quantidade de DMUs pra cada faixa e sua porcentagem.

Figura 8. Isoquanta que representa a fronteira de eficiência das GERES.



0.8 ≤ E < 0.9 1 0.94

0.9 ≤ E < 1 2 1.89

E = 1 11 10.38

Fonte: Autora, 2022

Na figura 09, constam os escores de eficiências relativas agrupadas por GERES para facilitar a análise no período estudado. Todas as GERES passaram. Pode-se inferir que apesar 63% das DMUs estarem classificadas como “alta ineficiência”, todas as GERES concluíram o ano de 2019 com índice de eficiência maior do que em 2011, exceto as GERES 07 e 08 que houve regressão desse índice.

Cabe ressaltar ainda que houve queda abrupta de crescimento de eficiência no ano de 2013 para as GERES 01, 02, 03, 05, 06, 07, 08, 09, 11 e 12; em 2014, na GERES 04 e em 2016, na GERES 10. Todas elas retomaram o crescimento após esse período.

Os melhores indicadores de eficiência por GERES na série histórica foram: GERES 1/2019, GERES 2/2019, GERES 3/2012, GERES 4/2017-2019, GERES 5/2012, 2017-2019, GERES 6/2019, GERES 7/2011-2012, GERES 8/2011, GERES 9/2019, GERES 10/2015, GERES 11/2018 e GERES 12/2018.

Os anos com valores zero foram excluídos da análise de eficiência no DEA, e só constam na figura abaixo para a compreensão do indicados em 2011.

Figura 9. Eficiências relativas agrupadas por GERES, por ano.

	GERES 1	GERES 02	GERES 03	GERES 04	GERES 05	GERES 06	GERES 07	GERES 08	GERES 09	GERES 10	GERES 11	GERES 12
Ano	Score											
2011	0.36475155	0.47622702	0	0.44737736	0.96082682	0.41827505	1.00000000	0.68357300	0.31328839	0	0.32002178	0.42107730
2012	0.31290362	0.53470636	1.00000000	0.59295269	1.00000000	0.73017457	1.00000000	0.63428555	0.25073181	0.16228601	0.26941771	0.42872388
2013	0.15373348	0.29478683	0.52176393	0.70390949	0.42172542	0.25053300	0.12429104	0.20493173	0.15864433	0.17545970	0.23881302	0.43630491
2014	0.18293212	0.45531423	0.32217243	0.18971803	0.42414683	0.20515354	0.06499661	0.42258177	0.16695727	0.17900994	0.12689247	0.36002263
2015	0.21155085	0.61236239	0.34386942	0.59849440	0.14060557	0.23613158	0.12996515	0.40258017	0.17197454	0.19971269	0.21235244	0.42328661
2016	0.22025286	0.53928798	0.47267176	0.73112472	0.14726153	0.29867178	0.29867178	0.38349411	0.30097169	0.08793350	0.19603145	0.31510113
2017	0.26205161	0.73724865	0.37453941	1.00000000	1.00000000	0.34213839	0.18016829	0.25836829	0.25836829	0.11018947	0.23012722	0.43028499
2018	0.33381823	0.87875058	0.44300936	1.00000000	1.00000000	0.39987403	0.16031796	0.29920744	0.23727838	0.12709157	0.37724022	0.64110507
2019	0.36553630	0.91318133	0.44737736	1.00000000	1.00000000	0.46656934	0.28127083	0.55629930	0.34751857	0.17791754	0.34529355	0.49830877

Fonte: Autora, 2023.

Houve relação entre os melhores indicadores de CAPS habilitados e indicadores de cobertura de CAPS com os melhores indicadores de eficiência da série histórica apenas nas GERES 5, GERES 6, e GERES 8, todas em 2019. Precisa-se de mais estudos para avaliar a

correlação entre os escores de eficiência e estas variáveis para avaliar se mesmo com o indicador de CAPS revelando uma cobertura ideal, haverá eficiência técnica.

Outro ponto a destacar é que mesmo não havendo relação entre essas variáveis acima numa análise mais superficial, há convergência entre as tendências de queda das eficiências reveladas, média de CAPS habilitados e indicador de cobertura de CAPS nos anos de 2013 e 2018.

Dentre os fatores que tornam o DEA importante, um deles é oportunizar ao gestor conhecer as DMUs que evidenciaram melhores eficiências e conseqüentemente, a oportunidade de estudá-las e construir uma referência de boas práticas do serviço (MATOS,2022).

5.3 ANÁLISE DE CORRELAÇÕES

Nesta etapa, o objetivo é verificar se existe evidência de correlação de Pearson significativa entre a variável "VLR_CAPS.ano.pop" com as demais variáveis "Proc_CAPS.população", "Inv_Inter_LH", "Inv_Vlr_Inter_LH" e "Inv_Perm_LH". Os resultados mostram, ao nível de 95% que a variável "VLR_CAPS.ano.pop":

- Possui correlação significativa ao nível de 95% com a variável "Proc_CAPS.população" (p-valor do teste de correlação igual a 0,012). Dessa forma, o valor do coeficiente de correlação entre estas variáveis, igual a 0,2398 mostra evidência de que existe uma correlação linear positiva fraca entre essas duas variáveis;
- Possui correlação significativa ao nível de 95% com a variável "Inv_Inter_LH" (p-valor do teste de correlação igual a 0,024). Dessa forma, o valor do coeficiente de correlação entre estas variáveis, igual a 0,2170 mostra evidência de que existe uma correlação linear positiva fraca entre essas duas variáveis;
- Possui correlação significativa ao nível de 95% com a variável "Inv_Vlr_Inter_LH" (p-valor do teste de correlação igual a 0,006). Dessa forma, o valor do coeficiente de correlação entre estas variáveis, igual a 0,2646 mostra evidência de que existe uma correlação linear positiva fraca entre essas duas variáveis;
- Possui correlação significativa ao nível de 95% com a variável "Inv_Perm_LH" (p-valor do teste de correlação igual a 0,002). Dessa forma, o valor do coeficiente de correlação entre estas variáveis, igual a 0,2850 mostra evidência de que existe uma correlação linear positiva fraca entre essas duas variáveis.

Os resultados, de modo geral, mostram que a variável principal do estudo pode ser explicada pelas demais, uma vez que todas as correlações foram consideradas significativas. Entretanto, como todas as correlações apontadas como significativas são fracas (valores abaixo de 0,5), é importante salientar que estas variáveis devem ser consideradas em conjunto para explicar a variável principal, dadas as conclusões fornecidas pelos testes de correlação.

Neste cenário pode-se inferir que os valores de custeio dos CAPS e que refletem a sua cobertura no território, ao nível de 95% de confiança, conseguem explicar diretamente os procedimentos e inversamente a internação, o valor de internação e dias de permanência, ou seja, estatisticamente é possível que o resultado da correlação está de acordo com os pressupostos da RPB e da PESM.

6. DISCUSSÕES

Pensar a saúde mental enquanto política implantada, em contínuo processo de implementação, que vem de uma luta de décadas para diversos atores, principalmente para os usuários e diante da sistemática e complexa estrutura organizacional, financeira, gerencial e principalmente de acesso não é tarefa fácil.

Neste sentido, ofertar saúde mental no território é complexo devido as especificidades locorregionais e as demandas próprias da área (BRASIL,2015;MENDES, 2016). Observa-se que a proposta da RAPS estimulou estudos sobre os avanços e desafios enfrentados na implementação da PSM(COSTA et al.,2015, ; FAGUNDES et al., 2016; TRAPE, CAMPOS,2017).

Estudo de Gama et al (2020) e Dimenstein et al.(2021)apontam que nas regiões e estados avaliados o índice de CAPS/100.000 habitantes supera a média dos índices estaduais, regionais e nacional. Sinalizam que houve avanços na ampliação da rede CAPS fazendo a observação que a modalidade de Centro de Atenção mais presente é a de CAPS I, havendo poucos CAPS infanto-juvenis, álcool e drogas e de atenção 24h, embora percebam possíveis dificuldades nas pactuações regionais, corroborando com este estudo em que a maioria das regiões de saúde apresentam bons índices, com a persistência de municípios que não possuem CAPS ou CAPS regional, maior prevalência de CAPSI, baixa cobertura de CAPSIII,AD e infanto-juvenil, algumas desabilitações de serviços e lacunas assistenciais que atingem em média 15% da população estadual. Estudos demonstram que estas dificuldades estão presentes em todo o território nacional ligadas a cobertura, ao contingente populacional, interiorização da saúde mental, a tessituras políticas e a persistência do mix público-privado (PITTA, 2011;

MOREIRA et al., 2017; ALBUQUERQUE et al., 2018; DIMENSTEIN, 2021; SANTOS et al., 2022).

Os indicadores indicador CAPS por 100 mil habitantes deste estudo corroboram com o estudos que inferem que no Brasil o mesmo indicador é de 0,70, isto é, cerca de 70% da população está coberta pela Rede CAPS. Essa cobertura pode ser considerada de regular a boa, uma vez que a expansão dos CAPS é constante desde 2002, na direção da interiorização dos serviços (WEBER, 2021).

Santos et al.(2022) refere que dificuldades limitam tanto a atuação da gestão de saúde mental e profissionais da área como barreiras no acesso de usuários a rede CAPS, e aponta como solução a habilitação com foco no preenchimento das lacunas assistências além de investimentos em infraestrutura e educação permanente.

De um modo geral, a cobertura por CAPS está aquém da real necessidade dos usuários das GERES, mas quando se trata da assistência à crianças e adolescentes, álcool e drogas e CAPS tipo III, esse avanço tem se mostrado mais ainda insipiente (TEIXEIRA, JUCÁ, 2014; MACEDO *et al.*, 2018). Além dos já citados vazios assistenciais para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no Brasil, assim como é desafiadora a ampliação de serviços comunitários com funcionamento 24 horas para garantir atenção às crises no território. O número de CAPS exclusivamente destinados à infância e adolescência (CAPSi), assim como o de CAPS III e CAPS II, é o que menos cresceu entre 2002 e 2020 (WEBER, 2021), no Brasil e em nosso estado conforme este estudo.

Entende-se que a atenção regional ainda é frágil, com cobertura insuficiente ou inexistente, com expansão desordenada, sem planejamento e que necessita urgentemente atuar com estratégias de médio a longo prazos objetivando interligar a rede e melhorar em quantidade e qualidade o cuidado prestado (SANTOS *et al.*, 2014; MELLO, 2017; REIS *et al.*, 2017; DIMESTEIN *et al.*, 2021).

Essa dificuldade na constituição de uma rede remonta aos objetivos da RPB pois dificulta sua efetiva implementação e a reversão de modelo assistencial de modo que práticas não asilares permanecem inócuas. Às dificuldades relacionadas à falta de apoio da gestão com o serviço de saúde mental, aliada a preconceitos, discriminações e processos de trabalho centrados no modelo biomédico e em modelos de gestão verticalizados, prejudicam as tentativas de reabilitação e inclusão social de usuários e familiares (AZEVEDO *et al.*, 2019).

Não é possível afirmar que a identificação da cobertura existente por serviços de ênfase comunitária, mesmo havendo o aumento do número absoluto de serviços desta ênfase poderia vir corresponder à demanda existente (FERNANDES *et al.*, 2020). Apesar de sua

relevância por apresentarem um panorama da rede assistencial, os indicadores de cobertura são insuficientes para retratar a reversão do cuidado prestado em resultados, não sendo possível estimar a sua eficiência, como fica evidenciado neste estudo. (LIMA *et al.*,2022).

Segundo a OMS (2018), os sistemas de saúde ainda não conseguem ter uma boa resposta aos problemas relacionados aos transtornos mentais e uma consequência é a lacuna entre necessidade e oferta. Ainda em 2013, a OMS fornece dados que demonstram a escassez de recursos dentro dos países para atender às necessidades de saúde mental e destaca a distribuição desigual e o uso ineficiente de tais recursos. Mundialmente, o gasto com saúde mental custa menos que U\$2, pior ainda nos países mais pobres que esse gasto é inferior a US\$ 0,25 por pessoa. Em nossa realidade estadual, baseado no cenário trazido pela pesquisa, a média de gasto com saúde mental é de R\$5,43, confirmando a informação trazida pela OMS.

No Brasil os gastos com hospitalizações psiquiátricas pouco ultrapassam os 20,0%, observando-se que os serviços comunitários são mais baratos e custo-efetivos, além de que estão próximos das necessidades dos cidadãos, promovem mais qualidade e garantia de direitos (OPAS,2018). Prevalendo os pressupostos da RPB, embora o estado ainda gaste em média R\$4.274,95 por cada internação psiquiátrica neste estudo.

Para Weber (2021), o triênio 2018-2020 foi marcado pela redução de investimentos em serviços comunitários, indo na contramão do que é preconizado pela OMS (2013) haja vista que os serviços comunitários são mais eficazes e atendem mais pessoas.

Quando Braga *et al.* (2015) verificaram a eficiência da AB nos municípios da região Sudeste do Brasil, os resultados mostraram baixa eficiência técnica, demonstrando a necessidade de melhorias na gestão. Na mesma direção, estudo de Barreto e Mello (2012) observou diferenças expressivas de resultados entre os municípios estudados corroborando com este estudo que também apresentou índices de alta ineficiência.

Já Silva e Queiroz (2021) em seu estudo identificaram que 58% dos municípios analisados foram eficientes na utilização dos recursos e na qualidade da saúde pública, no período de 2004 a 2008. Estudo de Rocha *et al.*, (2015), indica que um município pequeno qualquer (com população menor do que 50 mil habitantes) é 88% eficiente quando medido relativamente à fronteira de municípios. Isso significa que o produto médio nesse município corresponde a 88% do que seria possível obter usando os mesmos níveis de insumo e tecnologia disponíveis para os municípios pequenos. Em estudo realizado por Macedo *et al.*(2017) os desafios posto a política de saúde mental com o processo de regionalização, observou-se quem em algumas regiões do país existem vazios assistenciais em municípios

que só contam com a APS, mesmo em cidades com critério de porte municipal para habilitação de CAPS.

Não foram localizados estudos que analisassem a eficiência técnica em saúde mental, no entanto este estudo identificou baixa eficiência técnica relativa na maioria das DMUs haja vista que apenas 11(11%) de suas DMUs foram consideradas eficientes, enquanto que 95 (89%) foram ineficientes.

Finalmente ressalta-se a importância do enfrentamento das fragilidades estruturais do SUS buscando aprimorar a governança com a definição e execução mais concreta do papel do estado e sua rede gerencial, buscando melhorias contínuas espaços de saúde e gestão, reconhecendo as melhores práticas (OPAS,2018).

6. CONCLUSÕES

O objetivo principal deste estudo foi analisar o nível de eficiência técnica das GERES pernambucana na coordenação e gerenciamento da aplicação dos recursos em CAPS de 2011 a 2019, concluindo que a maioria das DMUs(GERES) possuem indicador de cobertura de CAPS bom ou muito bom apesar de não se refletir no percentil de vazios assistenciais que continua afetando em média 15% da população pernambucana em 2019. Mesmo apresentando os vazios assistenciais, o cuidado de saúde mental no território é de grande relevância na saúde pública tanto por ser mais barato, em média 3393% que o serviço hospitalar, é mais efetivo na garantia de direitos e na manutenção da cidadania.

Os resultados inferem que 11 GERES apresentaram eficiência técnica relativa de 100% em utilizar todo o potencial dos recursos empregados nos CAPS na substituição do cuidado hospitalar em comunitário, servindo então de benchmarking para as demais. Além disso, a pesquisa evidenciou que as GERES Caruaru(2011,2017-2019), Garanhuns (2012,2017-2019), Palmares(2012) e Salgueiro (2011-2012) apresentaram melhor desempenho que Recife, a capital pernambucana e que concentra sozinha a cobertura ponderada de CAPS em comparação as demais. Em média, as GERES apresentaram 42% de eficiência, necessitando ampliar em 58% o consumo de seus insumos para se tornarem eficientes.

As variáveis estão positivamente correlacionadas entre si, sendo possível explicar estatisticamente que os valores investidos em CAPS explicam diretamente seus procedimentos realizados e inversamente às internações, os custos com essas internações e os dias de permanência hospitalares. Destarte, maiores investimentos em CAPS são correlacionados em maiores produções e menores internações.

Como no serviço público existe a escassez de recursos, uma solução para os gestores é fazer um intercâmbio com as GERES identificadas como benchmark para desenvolverem práticas mais assertivas, eficientes e que garantam bem-estar a população.

Foi possível identificar as GERES mais fragilizadas (menos eficientes) em termos assistência de saúde mental por CAPS e, assim, servindo de instrumento de análise para definições de gerenciamento e coordenação de pactuações e habilitações mais direcionadas a maximização dos insumos. Por tudo isso, compreende-se que a situação da saúde mental refletida nas GERES do Estado de Pernambuco, analisada sob a ótica da eficiência relativa dos CAPS, sinaliza para a necessidade de melhorias e ampliação da política de saúde mental estadual de modo que seus objetivos sejam efetivamente implementados para que venham a atender integralmente a necessidade da população. Não basta apenas habilitar CAPS sem a observação do panorama da regionalização, como apresentado neste estudo, ao mesmo tempo se faz urgente um direcionamento voltado para a melhoria da qualidade da saúde mental comunitária e da integração da RAPS com objetivo de que todas as GERES aumentem o percentual de benchmarkings e eficiências técnicas relativas de modo que haja uma maior padronização do cuidado, respeitando a especificidades locorregionais e inerentes ao ser cuidado. A qualidade que se espera dos gestores além de gerenciamento é de entregar resultados satisfatórios com foco na pessoa, no cuidado e na RAPS.

Propõe-se com este estudo além da ampliação da habilitação de CAPS municipais, a habilitação de CAPS regionais com a consequente diminuição dos vazios assistenciais; aumentar o investimento em qualificação profissional contínua e em boas práticas de processos de trabalho para diminuir a cultura institucionalizante e medicalizadora; maior financiamento para a RAPS; implantação e implementação de classificação de risco nos CAPS como critério para matriciamento e cuidado em rede; obrigatoriedade de profissionais de saúde mental nas equipes de serviço de atenção domiciliar; fortalecimento e ampliação da estratégias de reabilitação psicossocial e intersetoriais; implantação de cultura de avaliação e monitoramento da política de saúde mental no estado de Pernambuco e no Brasil, utilizando por exemplo, as ferramentas e estratégias apresentadas neste estudo; criação de um sistema de informação em saúde mental(SISMENTAL-grifo do autor) interligando a RAS ao prontuário eletrônico, de modo a diminuir a subnotificação, aumentar a qualidade dos registros em saúde mental, melhorar o cuidado prestado ao usuário na rede e o controle social.

Os dados deste estudo servem como estudo inicial da análise da eficiência dos CAPS que culminam nas GERES pernambucana, embora esta pesquisa tenha se deparado com algumas limitações. A princípio, a pesquisa se limitou a fazer apenas análise transversal,

exploratória e descritiva dos escores de eficiência das DMUs analisadas, se restringindo ao estudo do recorte estudado sem estabelecimento de causalidades. Sendo assim, não foram identificadas as causas determinantes da eficiência (ou ineficiência) técnica, nem as variáveis discricionárias e não discricionárias que poderiam ter influência significativa na efetiva alocação dos recursos em saúde. Portanto, recomenda-se que novas análises sejam efetuadas no sentido de aprimorar a proposta aqui iniciada.

“...e assim chegar e partir; são só dois lados da mesma viagem; o trem que chega é o mesmo trem da partida; a hora do encontro é também despedida [...]é a vida...”(compositores: CAMPOS,ROCHA, 1985; intérprete: Milton Nascimento).

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, MV; LIMA, LD; OLIVEIRA, RD. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Cien Saude Colet.** 2018;23(10):3151-61. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018> PMid:30365836.
- AMARANTE, PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. / Paulo Duarte de Carvalho Amarante. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/htjgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf>
- ARCOVERDE, ACB. Avaliação de políticas públicas no nordeste: o que procuramos?. Ver aval pol pub, jan/jun 2021, v. 5, nº19. Disponível em <http://www.periodicos.ufc.br/aval/article/view/71628/197169>
- AZEVEDO, MD; SILVA, GWS; MIRANDA, FAN; BESSA, MS; LINS, SLF; COSTA, JE Percepções de profissionais de saúde sobre inclusão social em um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Rene.* 2019;20:e33537.
- BANKER, RD; CHARNES, A; COOPER, WW. Some models forestimating technical and scale inefficiencies in data envelopmentanalysis. *Management Science*, v. 30, n. 9, p. 1078-1092, 1984.
- BARBOSA, VFB; CAPONI, SNC;VERDI, MIM. Cuidado em saúde mental, risco e território: questões transversais no contexto da sociedade segura. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO** 2016; 20(59):917-28. Disponível em <https://www.scielo.br/j/icse/a/KbV3Tk5zBwK6LzgtkGjnxsp/abstract/?lang=pt>
- BARBOSA, VFB; LIMA, CG; SIMÕES, JPS; PEDROSA, RM; MELLO, MG Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. *Extensio: R. Eletr. de Extensão.* , v. 14, n. 26, p. 119-132, 2017. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n26p119>
- BARBOSA et al. Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. *APS em Revista* Vol. 3, n. 2, p. 130-139. 2021. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/209>
- BRASIL. Constituição Federal do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- BRASIL. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf.
- BRASIL. Lei nº 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Portaria GM nº 336/2002. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

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 (SUS).

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Portaria GM nº 1966 de 2013. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html

BRASIL. Saúde em dados, ed. 5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília :Ministério da Saúde, 2015. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf

BRASILa. Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. (2016). Conselho Nacional da Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASILb. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 8 p.

BRASIL. Avaliação de políticas públicas : guia prático de análise ex post, volume 2 / Casa Civil da Presidência da República ... [et al.]. – Brasília : Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em <https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/asplan/guia-de-avaliacao-de-politicas-publicas-ex-post.pdf>.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Relatório de inspeções: 2018 / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília: CFP, 2019.

BRAGA, G B, FERREIRA, MAM, BRAGA, BB. A Eficiência da Atenção Primária à Saúde: Avaliando Discrepâncias. Administração Pública e Gestão Social, v. 7, n. 2, p. 100107, 2015. Disponível em <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/4703>.

BOUERI, R; ROCHA, F; RODOPOULOS, F. Avaliação da qualidade do gasto público e mensuração da eficiência. Brasília: Secretaria do Tesouro Nacional, 2015. Disponível em <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/avaliacao-da-qualidade-do-gasto-publico-e-mensuracao-da-eficiencia/2015/30>.

COSTA, PHA; COLUGNATI, FAB; RONZANI, TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cien Saude Colet.** 2015;20(10):3243-53. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.14612014 PMid:26465864>.

COSTA et al. Regionalização da saúde mental. Revista Revise, v. 4, n. 00(2020):O Sistema Único de Saúde na Formação e na Prática Médica, p. 192-2020

DIMENSTEIN, M et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. **Cien Saude Colet** [online]. 2021, v. 26, n. 5, pp. 1727-1738. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>

FAGUNDES, HM Jr; DESVIAT, M; DA SILVA, PRF. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Cien Saude Colet**. 2016;21(5):1449-60. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016> PMid:27166894.

FONSECA, P C; FERREIRA, M A M. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. Saude soc., São Paulo, jun 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJCdS4PCKZZF78dRhC8b3TJ/abstract/?lang=pt>>.

FREITAS, C S M R. Avaliação da eficiência das Unidades de Saúde da Família do município do Recife, antes e após a implantação do acolhimento, por meio da análise envoltória de dados – DEA. 88 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBEKIAN. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: fundação Oswaldo Cruz/ Fundação Calouste Gulbekian, 2015. Disponível em <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/DESINSTITUCIONALIZACAO-E-ATENCAO-COMUNITARIA-FIOCRUZ-GULBENKIAN.pdf>

GONÇALVES, DA; BOWER, MJJ; GASK, L; DOWRICK, C; TOFOLI, LF; et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(3):623-632. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhnjN4MGDWwbQ/?lang=en>

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP; CHISHOLM, D; FLISHER, AJ; LUND, C; PATEL, V; SAXENA, S, et al. Scaling up services for mental disorders - a call for action. *Lancet*. 2007; 370(9594):1241-52. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61242-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61242-2/fulltext)

LIMA, IB; ALVES, DF; FERREIRA, AR. Indicadores de saúde mental para a Rede de Atenção Psicossocial brasileira: uma proposta. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2022, v. 30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5618.3599> <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5618.3533> <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5618.3598>

LOPES, CS. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>

MACEDO, JP et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Rev. Saúde Soc, São Paulo*, v. 26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/LYYFNqLDXfy9BrFqxs56M/abstract/?lang=pt>

Matos, Caroline Barbosa Eficiência técnica dos Centros de Atenção Psicossocial de Pernambuco no ano de 2019 e 2020: repercussões da Covid-19 / Caroline Barbosa Matos. - 2022.

MENDES, A; FUNCIA, FRO. SUS e seu financiamento, 139 p. In: MARQUES, RM; PIOLA, SF; ROA, AC (organizadores). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Economia da saúde. Rio de Janeiro : Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf

MELLO GA, PPEREIRA APCM, UCHIMURA LYT, IOZZI FL, DEMARZZO MMP, VIANA, ALÁ. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2017; 22(4):1291-1310. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsyD9WccNyD93RmJtJRH/?lang=pt>

MINÓIA, N.P.; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol. Cienc. Prof., Brasília*, V. 35, n.04, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkff4jN5c/abstract/?lang=pt>

MOREIRA, MR; RIBEIRO, JM; OUVENERY, AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1097-108. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.03742017> PMID:28444037.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília : OPAS; 2018. Disponível em <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Mental health action plan 2013-2020*. 1.Mental health. 2.Mental disorders - prevention and control. 3.Mental health services. 4.Health planning. I.World Health Organization, 2013. ISBN 978 92 4 150602 1 Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde*, 2010. Disponível em <https://www.uniad.org.br/noticias/saude/mi-gap-manual-de-intervencoes-para-transtornos-mentais-neurolgicos-e-por-uso-de-alcool-e-outras-drogas-na-rede-de-atencao-basica-a-saude/#:~:text=Em%202008%2C%20a%20OMS%20lan%C3%A7ou,de%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas>.

ONOCKO-CAMPOS, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 35, n. 11, p.01-05, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156119>.

PATEL, V. Global Mental Health: From Science to Action. Harv Rev Psychiatry Volume 20, Number 1.2012. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3335087/pdf/uhrp20-006.pdf>

PATEL, V. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, [s.l.], v. 392, n. 10157, p.1553-1598, out. 2018. Elsevier BV. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext)

PEREIRA, JSP; BARBOSA, VFB; ALEXANDRE, ACS; CAVALCANTI, SS; LEAL, RC. O processo de constituição de uma rede de cuidado em saúde mental em um município do interior de Pernambuco, a partir da perspectiva dos gestores de saúde. In: A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 7 / Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/346955105_O_PROCESSO_DE_CONSTITUICAO_DE_UMA_REDE_DE_CUIDADOS_EM_SAUDE_MENTAL_EM_UM_MUNICIPIO_DO_INTERIOR_DE_PERNAMBUCO_A_PARTIR_DA_PERSPECTIVA_DE_GESTORES_D_E_SAUDE

PERNAMBUCO. Resolução CES/PE nº 747 de 2018. Política Estadual de Saúde Mental, álcool, crack e outras drogas no Âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

PINHO, ES; SOUZA, ACS; ESPERIDIÃO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(1):141-152. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/qrcT4cQb3qrPZSpHBwCq6Gj/abstract/?lang=pt>

PITTA, AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2011, v.16, n.12, 4579-4589 p.. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/>

PITTA, AMF; COUTINHO, DMR; MOURA, CC. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 106 , pp. 760-771. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>>

SANTOS, I. S. et al. (Coord.). Relatório de pesquisa sobre os recursos físicos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em https://saudeamanha.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2016/09/PJSSaudeAmanha_Texto0018_2016_v03-1.pdf

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SEVERO, AKS; L'ABBATE, SC; ONOCKO, RT. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 50 , pp. 545-556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0520>>.

SILVA, JLM; QUEIROZ, MFM. EFICIÊNCIA NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE (2004 E 2008). **Ipea- Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 50, p.149-170, jun. 2018. Semestral. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/issue/view/50>>.

SIMON, AGB; BAPTISTA, TWF. O papel dos estados na política de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2011, v. 27, n. 11, pp. 2227-2241. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100016>>.

STEEL, Z; MARNANE, C; IRANPOUR, C; CHEY, T; JACKSON, JW; PATEL, V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J epidemiol*, 2014, 43:476-493. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/>

TORGERSEN, A M; FORSUND F R; KITTELSEN S A C. Slack-Adjusted Efficiency Measures and Ranking of Efficient Units. *Journal of Productivity Analysis*. v. 7, n. 4. 1996. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00162048>

TRAPÉ, TL; CAMPOS, RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: Análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev Saude Publica**. 2017;51(19):1-13. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/3sXhdXkTM7m47WTDHBLFPyS/?lang=pt&format=pdf>

TRAPÉ, LV; CAMPOS, RTOC; KAREN, S. Rede de Atenção à Saúde Mental: estudo comparado Brasil e Catalunha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 28, n. 04. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280402>>.

VIGO, D; THORNICROFT, G; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00505-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00505-2/fulltext)

WEBER, R (ORG). Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.216/01 / Desinstitute– Brasília : [s.n.], 2021. – 84 p. – ISBN 978-65-996043-0-0

YASUI, S. RUPTURAS E ENCONTROS: DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. Disponível em <https://books.scielo.org/id/8ks9h/pdf/yasui-9788575413623.pdf>

APENDICE

APENDICE A. Série histórica de cobertura de CAPS, taxa de cobertura e indicador de cobertura, por GERES, por ano

GERES	Ano	CAPS I (Peso=0,5)	CAPS II (Peso=1,0)	CAPS III (Peso=1,5)	CAPS AD (Peso=1,0)	CAPS i (Peso=1)	CAPS habilitados	Tx cobertura CAPS	Indicador
1	2011	2	14	1	11	6	34	27,5	0,6984567
1	2012	3	14	3	12	7	39	32	0,8071013
1	2013	5	14	3	13	7	42	34	0,8319453
1	2014	5	14	3	13	7	42	34	0,826014
1	2015	5	15	3	13	7	43	35	0,8444738
1	2016	5	15	3	12	7	42	34	0,814944
1	2017	5	15	3	11	7	41	33	0,7859765
1	2018	5	15	3	11	7	41	33	0,7840545
1	2019	5	15	3	10	7	40	32	0,755689
2	2011	5	0	0	0	0	5	2,5	0,438675
2	2012	5	0	0	0	0	5	2,5	0,4360437
2	2013	5	1	0	0	0	6	3,5	0,596309
2	2014	5	1	0	0	0	6	3,5	0,59365
2	2015	5	1	0	0	0	6	3,5	0,5910894
2	2016	5	1	0	0	0	6	3,5	0,588634
2	2017	5	1	0	0	0	6	3,5	0,5862902
2	2018	5	1	0	0	0	6	3,5	0,5847768
2	2019	4	1	0	0	0	5	3	0,4992927
3	2011	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2012	1	0	0	0	0	1	0,5	0,0857824
3	2013	2	0	0	0	0	2	1	0,1665151
3	2014	5	0	0	0	0	5	2,5	0,4134432
3	2015	5	0	0	0	0	5	2,5	0,4107269
3	2016	5	0	0	0	0	5	2,5	0,4081319
3	2017	7	0	0	0	0	7	3,5	0,5679218
3	2018	7	0	0	0	0	7	3,5	0,5665227
3	2019	7	0	0	0	0	7	3,5	0,5632289
4	2011	1	1	0	0	0	2	1,5	0,1195785
4	2012	2	3	0	0	0	5	4	0,315837
4	2013	3	3	1	0	0	7	6	0,4576998
4	2014	4	3	10	0	0	17	20	1,5101383
4	2015	5	4	1	0	0	10	8	0,5981554
4	2016	6	5	1	0	0	12	9,5	0,7036724
4	2017	7	5	1	0	0	13	10	0,7340802
4	2018	7	5	1	0	0	13	10	0,7324033
4	2019	9	5	1	0	0	15	11	0,7987969
5	2011	1	1	0	0	0	2	1,5	0,2906481
5	2012	1	1	0	0	0	2	1,5	0,2893368
5	2013	1	1	0	0	0	2	1,5	0,2816917
5	2014	1	1	0	0	0	2	1,5	0,2804824
5	2015	4	1	0	1	0	6	4	0,7448637
5	2016	6	1	0	1	0	8	5	0,9271518
5	2017	9	1	0	1	0	11	6,5	1,2004026
5	2018	9	1	0	1	0	11	6,5	1,1973114
5	2019	12	0	1	1	0	14	8,5	1,5595214
6	2011	5	1	0	0	0	6	3,5	0,9052395
6	2012	5	1	0	0	0	6	3,5	0,8953399
6	2013	5	1	0	0	0	6	3,5	0,8648617
6	2014	5	1	0	0	0	6	3,5	0,8565751
6	2015	5	1	0	0	0	6	3,5	0,8478333
6	2016	6	1	0	0	0	7	4	0,9598057
6	2017	6	1	0	0	0	7	4	0,9511332
6	2018	6	1	0	0	0	7	4	0,9489669
6	2019	9	1	0	0	0	10	5,5	1,2936245
7	2011	2	0	0	0	0	2	1	0,7170258
7	2012	2	0	0	0	0	2	1	0,7127838
7	2013	2	0	0	0	0	2	1	0,693337
7	2014	4	0	0	0	0	4	2	1,3794721
7	2015	2	0	0	0	0	2	1	0,6862994
7	2016	1	0	0	0	0	1	0,5	0,3414974
7	2017	2	0	0	0	0	2	1	0,6798328
7	2018	2	0	0	0	0	2	1	0,6803091
7	2019	2	0	0	0	0	2	1	0,6772728
8	2011	2	1	0	1	1	5	3	0,6789389
8	2012	3	1	0	1	1	6	3,5	0,7816338
8	2013	3	1	0	1	1	6	3,5	0,7475422
8	2014	2	1	0	1	1	5	3	0,6305965
8	2015	4	1	0	1	1	7	4	0,8280802

8	2016	4	1	0	1	1	7	4	0,816155
8	2017	4	1	0	1	1	7	4	0,8049618
8	2018	4	1	0	1	1	7	4	0,8033354
8	2019	5	1	0	1	1	8	4,5	0,8920925
9	2011	4	0	0	0	0	4	2	0,605512
9	2012	5	0	0	0	0	5	2,5	0,7518119
9	2013	5	0	0	0	0	5	2,5	0,7292691
9	2014	5	0	0	0	0	5	2,5	0,723985
9	2015	5	0	0	0	0	5	2,5	0,7189424
9	2016	5	0	0	0	0	5	2,5	0,7141327
9	2017	6	0	0	0	0	6	3	0,85146
9	2018	6	0	0	0	0	6	3	0,848234
9	2019	6	0	0	0	0	6	3	0,8430187
10	2011	1	0	0	0	0	1	0,5	0,2756157
10	2012	2	0	0	0	0	2	1	0,5494053
10	2013	2	0	0	0	0	2	1	0,5358224
10	2014	2	0	0	0	0	2	1	0,5340625
10	2015	2	0	0	0	0	2	1	0,5323821
10	2016	2	0	1	0	0	3	2,5	1,3269005
10	2017	2	0	1	0	0	3	2,5	1,3229963
10	2018	2	0	1	0	0	3	2,5	1,3195258
10	2019	2	0	1	0	0	3	2,5	1,3157133
11	2011	2	0	0	0	0	2	1	0,444028
11	2012	2	1	0	0	0	3	2	0,8830295
11	2013	2	1	0	0	0	3	2	0,8582696
11	2014	2	1	0	0	0	3	2	0,8533188
11	2015	2	1	0	0	0	3	2	0,8485651
11	2016	2	1	0	0	1	4	2	0,8440314
11	2017	2	1	0	0	1	4	2	0,8397011
11	2018	2	1	0	0	1	4	2	0,8375876
11	2019	2	1	0	0	1	4	2	0,833434
12	2011	1	1	0	0	0	2	1,5	0,4943366
12	2012	1	1	0	0	0	2	1,5	0,4932815
12	2013	1	1	0	0	0	2	1,5	0,4818998
12	2014	2	1	0	0	0	3	2	0,6412579
12	2015	2	1	0	0	0	3	2	0,6400225
12	2016	3	1	0	0	0	4	2,5	0,7985435
12	2017	3	1	0	0	0	4	2,5	0,7971125
12	2018	3	1	0	0	0	4	2,5	0,7949555
12	2019	4	1	0	0	0	5	3	0,9522086

APENDICE B. Variáveis referentes aos CAPS

GER ES	Ano	População	Proc_CA PS	CA PS habilitados	Proc_CAPS/CAPS habilitados	Proc_CAPS/p população	VLR_CA PS/ano	VLR_CAPS/ano/pop	VLR_CAPS/pr oc_CAPS
1	2011	3937252	320.559	34	9428,20588	0,081416937	14451615	3,670482611	45,0825433
2	2011	569898	40.495	5	8099	0,071056575	1698300	2,980006949	41,9385109
3	2011	578934	8.648	0	0	0,014937799	0	0	0
4	2011	1254406	35.829	2	17914,5	0,028562523	736695	0,587285935	20,5614167
5	2011	516088	43.100	2	21550	0,083512889	736695	1,427460046	17,0926914
6	2011	386638	46.234	6	7705,66667	0,119579555	2095335	5,419371609	45,3202189
7	2011	139465	33.902	2	16951	0,243086079	679320	4,870899509	20,0377559
8	2011	441866	67.923	5	13584,6	0,153718548	1939275	4,38883055	28,5510799
9	2011	330299	22.304	4	5576	0,067526696	1358640	4,113363952	60,9146341
10	2011	181412	0	1	0	0	339660	1,872312747	0
11	2011	225211	12.420	2	6210	0,055148283	679320	3,016371314	54,6956522

12	2011	303437	12.509	2	6254,5	0,041224373	736695	2,427835103	58,8931969
1	2012	3964806	322.561	39	8270,79487	0,081356061	16953165	4,275912869	52,5580123
2	2012	573337	44.542	5	8908,4	0,077689038	1698300	2,962132219	38,1280589
3	2012	582870	6.330	1	6330	0,010860055	339660	0,582737146	53,6587678
4	2012	1266476	31.824	5	6364,8	0,025127993	1870425	1,476873624	58,7740385
5	2012	518427	45.206	2	22603	0,087198391	736695	1,421019739	16,2963987
6	2012	390913	75.560	6	12593,3333	0,19329109	2095335	5,360105701	27,7307438
7	2012	140295	29.665	2	14832,5	0,211447307	679320	4,842082754	22,8997135
8	2012	447780	73.903	6	12317,1667	0,165043102	2278935	5,089407745	30,8368402
9	2012	332530	22.746	5	4549,2	0,068402851	1698300	5,107208372	74,6636771
10	2012	182015	1.826	2	913	0,01003214	679320	3,732219872	372,026287
11	2012	226493	17.509	3	5836,33333	0,077304817	1076355	4,752266074	61,4743846
12	2012	304086	12.804	2	6402	0,042106509	736695	2,42265346	57,5363168
1	2013	4086807	154.783	42	3685,30952	0,037873822	19190214	4,695649684	123,981406
2	2013	586944	21.167	6	3527,83333	0,036063066	2095335	3,569906158	98,9906458
3	2013	600546	2.251	2	1125,5	0,003748256	679320	1,131170635	301,785873
4	2013	1310903	8.780	7	1254,28571	0,006697673	3219693	2,456087903	366,707631
5	2013	532497	7.251	2	3625,5	0,013616978	736695	1,383472583	101,59909
6	2013	404689	24.746	6	4124,33333	0,06114819	2095335	5,177642585	84,6736846
7	2013	144230	1.534	2	767	0,01063579	679320	4,70997712	442,842243
8	2013	468201	23.042	6	3840,33333	0,049213906	2278935	4,867428733	98,903524
9	2013	342809	5.575	5	1115	0,0162627	1698300	4,954070634	304,627803
10	2013	186629	1.316	2	658	0,007051423	679320	3,639948775	516,200608
11	2013	233027	15.109	3	5036,33333	0,06483798	1076355	4,619014106	71,2393276
12	2013	311268	6.100	2	3050	0,01959726	736695	2,366754694	120,769672
1	2014	4116153	162.642	42	3872,42857	0,039513108	19190214	4,662172179	117,990519
2	2014	589573	25.642	6	4273,66667	0,043492494	2095335	3,553987377	81,7149598
3	2014	604678	3.164	5	632,8	0,005232537	1698300	2,808602264	536,757269
4	2014	1324382	12.512	17	736	0,009447425	12645825	9,54847242	1010,69573
5	2014	534793	7.897	2	3948,5	0,014766461	736695	1,377532989	93,2879575
6	2014	408604	17.935	6	2989,16667	0,043893354	2095335	5,128033499	116,829384
7	2014	144983	2.694	4	673,5	0,018581489	1358640	9,371029707	504,320713
8	2014	475740	43.684	5	8736,8	0,091823265	1939275	4,076333712	44,3932561
9	2014	345311	817	5	163,4	0,002365983	1698300	4,91817521	2078,70257
10	2014	187244	1.469	2	734,5	0,007845378	679320	3,62799342	462,437032
11	2014	234379	1.504	3	501,333333	0,006416957	1076355	4,592369624	715,661569
12	2014	311887	8.198	3	2732,66667	0,026285161	1076355	3,451105689	131,294828
1	2015	4144593	186.078	43	4327,39535	0,044896568	19587249	4,725976471	105,263648
2	2015	592127	44.987	6	7497,83333	0,075975255	2095335	3,538658092	46,5764554
3	2015	608677	5.048	5	1009,6	0,008293397	1698300	2,790149784	336,430269
4	2015	1337445	9.855	10	985,5	0,007368527	4296048	3,212130592	435,925723

5	2015	537011	6.948	6	1158	0,012938282	2233035	4,158266777	321,392487
6	2015	412817	22.726	6	3787,66667	0,055051027	2095335	5,075699402	92,1999032
7	2015	145709	1.966	2	983	0,013492646	679320	4,662169118	345,534079
8	2015	483045	54.942	7	7848,85714	0,113740956	2618595	5,421016675	47,661079
9	2015	347733	6.634	5	1326,8	0,019077856	1698300	4,883919559	255,999397
10	2015	187835	904	2	452	0,004812735	679320	3,61657838	751,460177
11	2015	235692	13.072	3	4357,33333	0,055462213	1076355	4,566786314	82,3404988
12	2015	312489	5.967	3	1989	0,019095072	1076355	3,444457245	180,384615
1	2016	4172066	170.527	42	4060,16667	0,040873514	19109889	4,580437845	112,063714
2	2016	594597	34.997	6	5832,83333	0,058858353	2095335	3,523958244	59,8718462
3	2016	612547	3.832	5	766,4	0,006255846	1698300	2,772521945	443,188935
4	2016	1350060	11.438	12	953,166667	0,008472216	5032743	3,727792098	440,002011
5	2016	539286	14.747	8	1843,375	0,027345416	2912355	5,400390516	197,487964
6	2016	416751	29.243	7	4177,57143	0,070168998	2434995	5,842805416	83,2676196
7	2016	146414	2.492	1	2492	0,01702023	339660	2,319860123	136,300161
8	2016	490103	52.853	7	7550,42857	0,107840597	2618595	5,342948319	49,5448697
9	2016	350075	4.748	5	949,6	0,013562808	1698300	4,851246162	357,687447
10	2016	188409	3.547	3	1182,33333	0,018826065	1688928	8,964157763	476,156752
11	2016	236958	17.136	4	4284	0,072316613	1461915	6,169511053	85,3125
12	2016	313070	5.845	4	1461,25	0,018669946	1416015	4,522998052	242,260907
1	2017	4198599	186.162	41	4540,53659	0,044339076	18632529	4,437796751	100,087714
2	2017	596974	59.481	6	9913,5	0,099637505	2095335	3,50992673	35,2269632
3	2017	616282	4.999	7	714,142857	0,008111546	2377620	3,858006562	475,619124
4	2017	1362249	32.038	13	2464,46154	0,023518461	5372403	3,943774596	167,688464
5	2017	541485	20.083	11	1825,72727	0,037088747	3931335	7,260284218	195,754369
6	2017	420551	21.530	7	3075,71429	0,051194742	2434995	5,7900112	113,097771
7	2017	147095	3.135	2	1567,5	0,021312757	679320	4,618239913	216,688995
8	2017	496918	33.065	7	4723,57143	0,066540154	2618595	5,26967226	79,1953728
9	2017	352336	7.475	6	1245,83333	0,021215544	2037960	5,784137868	272,636789
10	2017	188965	5.200	3	1733,33333	0,027518323	1688928	8,937782129	324,793846
11	2017	238180	20.626	4	5156,5	0,086598371	1461915	6,137857923	70,8772908
12	2017	313632	13.875	4	3468,75	0,044239746	1416015	4,514893251	102,055135
1	2018	4208891	274.279	41	6689,73171	0,065166572	18632529	4,426945008	67,9327582
2	2018	598519	69.233	6	11538,8333	0,115673855	2095335	3,500866305	30,2649748
3	2018	617804	11.654	7	1664,85714	0,018863588	2377620	3,848502114	204,017505
4	2018	1365368	61.597	13	4738,23077	0,045113845	5372403	3,934765572	87,2185821
5	2018	542883	40.992	11	3726,54545	0,075507982	3931335	7,241587966	95,9049327
6	2018	421511	40.294	7	5756,28571	0,095594184	2434995	5,77682433	60,4307093
7	2018	146992	4.600	2	2300	0,03129422	679320	4,621475999	147,678261
8	2018	497924	42.514	7	6073,42857	0,085382508	2618595	5,259025474	61,5937103
9	2018	353676	10.427	6	1737,83333	0,029481786	2037960	5,762223052	195,450273
10	2018	189462	9.996	3	3332	0,05275992	1688928	8,914336384	168,960384

11	2018	238781	30.409	4	7602,25	0,127351004	1461915	6,122409237	48,0750765
12	2018	314483	14.543	4	3635,75	0,046244153	1416015	4,50267582	97,367462
1	2019	4234546	302.833	40	7570,825	0,071514868	18155169	4,287394446	59,9510919
2	2019	600850	59.295	5	11859	0,098685196	1755675	2,921985521	29,6091576
3	2019	621417	19.774	7	2824,85714	0,031820822	2377620	3,826126418	120,239709
4	2019	1377071	130.098	15	8673,2	0,094474432	6051723	4,394633973	46,516649
5	2019	545039	40.961	14	2925,78571	0,07515242	5562888	10,20640358	135,80938
6	2019	425162	67.236	10	6723,6	0,158142073	3453975	8,123903359	51,3709174
7	2019	147651	9.812	2	4906	0,066454003	679320	4,6008493	69,2335915
8	2019	504432	75.680	8	9460	0,150030133	2958255	5,864526834	39,0889931
9	2019	355864	22.239	6	3706,5	0,062492975	2037960	5,726794506	91,6390125
10	2019	190011	13.552	3	4517,33333	0,071322187	1688928	8,888580135	124,625738
11	2019	239971	28.326	4	7081,5	0,118039263	1461915	6,092048623	51,610358
12	2019	315057	21.968	5	4393,6	0,069727065	1755675	5,57256306	79,9196559

APENDICE C. Variáveis hospitalares

GERES	Ano	Populaç ão	Inter_LH	Inter_LH/pop	Inv_Inter_LH	Vlr_Inter_LH	Vlr_Inter_LH/pop	Inv_Vlr_Inter_LH	Inter_LH/Vlr_Inter_LH	Perm_LH	Perm_LH/pop	Inv_Perm_LH
1	2011	393725 2	2.981	0,00075713	1.320,78	19.954.144,68	5,06803849	0,197315	0,000149	439.455	0,11161465	8,959397
2	2011	569898	218	0,00038252	2.614,21	1.064.048,16	1,867085268	0,535594	0,000205	22.610	0,03967377	25,20557
3	2011	578934	215	0,00037137	2.692,72	2.386.373,70	4,12201339	0,2426	9,01E-05	49.933	0,0862499	11,59422
4	2011	125440 6	722	0,00057557	1.737,40	3.729.387,96	2,973031028	0,336357	0,000194	70.761	0,05640997	17,72736
5	2011	516088	341	0,00066074	1.513,45	1.637.605,51	3,173112938	0,315148	0,000208	33.304	0,06453163	15,49628
6	2011	386638	171	0,00044227	2.261,04	741.285,72	1,917260383	0,521578	0,000231	15.055	0,03893823	25,6817
7	2011	139465	127	0,00091062	1.098,15	419.565,12	3,008390062	0,332404	0,000303	8.528	0,06114796	16,35378
8	2011	441866	269	0,00060878	1.642,62	850.429,58	1,924632309	0,51958	0,000316	15.635	0,03538403	28,26134
9	2011	330299	209	0,00063276	1.580,38	507.723,30	1,537162692	0,650549	0,000412	11.106	0,03362408	29,74059
10	2011	181412	149	0,00082133	1.217,53	473.753,07	2,611475922	0,382925	0,000315	9.503	0,05238352	19,08997
11	2011	225211	481	0,00213577	468,21	1.433.551,20	6,365369365	0,1571	0,000336	28.792	0,12784455	7,821999
12	2011	303437	106	0,00034933	2.862,61	585.055,04	1,928093937	0,518647	0,000181	12.204	0,04021922	24,86373
1	2012	396480 6	2.653	0,00066914	1.494,46	15.955.064,75	4,024172873	0,248498	0,000166	324.507	0,08184688	12,21794
2	2012	573337	203	0,00035407	2.824,32	848.590,61	1,480090435	0,675634	0,000239	17.419	0,03038178	32,91446
3	2012	582870	184	0,00031568	3.167,77	2.239.697,29	3,842533138	0,260245	8,22E-05	45.942	0,07882032	12,68708
4	2012	126647 6	458	0,00036163	2.765,23	1.547.065,38	1,221551281	0,818631	0,000296	31.587	0,02494086	40,09485
5	2012	518427	325	0,0006269	1.595,16	1.690.610,53	3,261038738	0,306651	0,000192	34.217	0,06600158	15,15115
6	2012	390913	167	0,00042721	2.340,80	770.842,70	1,971903467	0,507124	0,000217	15.551	0,03978123	25,13748
7	2012	140295	14	9,979E-05	10.021,07	505.753,78	3,604930896	0,277398	2,77E-05	10.308	0,07347375	13,6103
8	2012	447780	284	0,00063424	1.576,69	870.362,28	1,943727455	0,514475	0,000326	18.916	0,04224396	23,67202
9	2012	332530	227	0,00068265	1.464,89	551.046,83	1,657134183	0,603451	0,000412	12.022	0,03615313	27,66012
10	2012	182015	137	0,00075269	1.328,58	494.513,16	2,716881356	0,368069	0,000277	9.945	0,05463835	18,30216

11	2012	226493	437	0,00192942	518,29	1.615.918,48	7,134518418	0,140164	0,00027	32.422	0,14314791	6,985781
12	2012	304086	110	0,00036174	2.764,42	480.662,65	1,580679972	0,632639	0,000229	9.980	0,03281966	30,46954
1	2013	408680 7	2.604	0,00063717	1.569,43	12.140.785,65	2,97072645	0,336618	0,000214	246.382	0,06028716	16,58728
2	2013	586944	190	0,00032371	3.089,18	693.030,90	1,1807445	0,846923	0,000274	13.948	0,02376377	42,08087
3	2013	600546	204	0,00033969	2.943,85	2.110.181,75	3,513772051	0,284594	9,67E-05	42.567	0,0708805	14,10825
4	2013	131090 3	220	0,00016782	5.958,65	1.042.969,44	0,795611453	1,256895	0,000211	20.994	0,01601491	62,44179
5	2013	532497	323	0,00060658	1.648,60	2.032.744,69	3,817382427	0,26196	0,000159	40.933	0,07686992	13,00899
6	2013	404689	147	0,00036324	2.752,99	768.963,73	1,900134993	0,526278	0,000191	15.465	0,03821453	26,16806
7	2013	144230	123	0,0008528	1.172,60	472.987,39	3,279396727	0,304934	0,00026	9.751	0,06760729	14,7913
8	2013	468201	235	0,00050192	1.992,34	793.496,08	1,69477656	0,590048	0,000296	17.214	0,03676626	27,19885
9	2013	342809	215	0,00062717	1.594,46	505.093,57	1,473396469	0,678704	0,000426	11.100	0,03237955	30,88369
10	2013	186629	109	0,00058405	1.712,19	439.229,14	2,35348815	0,424901	0,000248	8.837	0,04735063	21,11904
11	2013	233027	406	0,00174229	573,96	1.530.657,93	6,568586172	0,15224	0,000265	30.769	0,13204049	7,573434
12	2013	311268	90	0,00028914	3.458,53	289.647,86	0,93054172	1,074643	0,000311	5.831	0,01873305	53,38158
1	2014	411615 3	1.981	0,00048127	2.077,82	7.609.521,11	1,848697342	0,540921	0,00026	152.780	0,03711718	26,9417
2	2014	589573	122	0,00020693	4.832,57	392.866,36	0,666357449	1,500696	0,000311	7.899	0,01339783	74,63894
3	2014	604678	153	0,00025303	3.952,14	1.702.903,28	2,816215043	0,355087	8,98E-05	34.304	0,05673102	17,62704
4	2014	132438 2	215	0,00016234	6.159,92	939.478,28	0,709371073	1,409699	0,000229	18.916	0,01428289	70,01385
5	2014	534793	334	0,00062454	1.601,18	1.869.919,40	3,496529311	0,285998	0,000179	37.632	0,07036741	14,21112
6	2014	408604	152	0,000372	2.688,18	638.069,41	1,561583856	0,640375	0,000238	12.853	0,03145588	31,79055
7	2014	144983	110	0,00075871	1.318,03	387.732,49	2,674330715	0,373925	0,000284	7.984	0,05506853	18,15919
8	2014	475740	189	0,00039728	2.517,14	776.208,18	1,631580653	0,612903	0,000243	16.912	0,03554883	28,13032
9	2014	345311	217	0,00062842	1.591,29	467.047,22	1,352540811	0,739349	0,000465	10.368	0,03002511	33,30546
10	2014	187244	119	0,00063553	1.573,48	422.211,82	2,254875029	0,443484	0,000282	8.479	0,04528316	22,08326
11	2014	234379	313	0,00133544	748,81	1.110.594,64	4,738456261	0,211039	0,000282	22.343	0,09532851	10,49004
12	2014	311887	74	0,00023727	4.214,69	222.015,16	0,711844867	1,4048	0,000333	4.458	0,01429364	69,96119

1	2015	414459 3	1.887	0,00045529	2.196,39	5.627.069,96	1,357689394	0,736545	0,000335	112.610	0,02717034	36,80484
2	2015	592127	118	0,00019928	5.018,03	352.232,37	0,594859498	1,681069	0,000335	7.059	0,01192143	83,88256
3	2015	608677	149	0,00024479	4.085,08	1.600.677,64	2,629765278	0,380262	9,31E-05	32.244	0,05297391	18,87722
4	2015	133744 5	208	0,00015552	6.430,02	865.546,74	0,647164362	1,545203	0,00024	17.381	0,01299567	76,94868
5	2015	537011	329	0,00061265	1.632,25	1.834.820,79	3,416728503	0,292678	0,000179	36.878	0,06867271	14,56183
6	2015	412817	156	0,00037789	2.646,26	704.067,67	1,705520049	0,586331	0,000222	14.138	0,03424762	29,19911
7	2015	145709	103	0,00070689	1.414,65	395.443,67	2,713927554	0,36847	0,00026	8.130	0,05579614	17,92239
8	2015	483045	183	0,00037885	2.639,59	845.424,22	1,750197642	0,571364	0,000216	18.286	0,03785569	26,41611
9	2015	347733	196	0,00056365	1.774,15	450.593,41	1,295802843	0,771722	0,000435	10.138	0,02915455	34,29996
10	2015	187835	75	0,00039929	2.504,47	342.436,51	1,823070833	0,548525	0,000219	6.884	0,03664919	27,28574
11	2015	235692	330	0,00140013	714,22	1.240.806,10	5,264523616	0,189951	0,000266	24.939	0,10581182	9,45074
12	2015	312489	73	0,00023361	4.280,67	171.816,92	0,549833498	1,818732	0,000425	3.447	0,01103079	90,65535
1	2016	417206 6	1.996	0,00047842	2.090,21	4.694.214,57	1,125153478	0,888768	0,000425	93.597	0,02243421	44,57478
2	2016	594597	123	0,00020686	4.834,12	332.451,29	0,559120362	1,788524	0,00037	6.625	0,011142	89,75049
3	2016	612547	124	0,00020243	4.939,90	1.419.717,19	2,317727766	0,431457	8,73E-05	28.503	0,04653194	21,49062
4	2016	135006 0	161	0,00011925	8.385,47	521.415,43	0,386216487	2,589221	0,000309	10.427	0,00772336	129,4773
5	2016	539286	193	0,00035788	2.794,23	1.148.646,02	2,129938511	0,469497	0,000168	23.060	0,04276024	23,38621
6	2016	416751	103	0,00024715	4.046,13	467.668,84	1,122178087	0,891124	0,00022	9.392	0,02253624	44,37298
7	2016	146414	81	0,00055323	1.807,58	347.366,80	2,372497166	0,421497	0,000233	6.984	0,04770036	20,9642
8	2016	490103	191	0,00038971	2.565,98	839.717,30	1,713348623	0,583652	0,000227	18.182	0,03709832	26,9554
9	2016	350075	66	0,00018853	5.304,17	331.590,78	0,947199257	1,055744	0,000199	6.816	0,01947011	51,36077
10	2016	188409	74	0,00039276	2.546,07	282.049,46	1,4970063	0,668	0,000262	5.652	0,02999857	33,33493
11	2016	236958	322	0,00135889	735,89	1.165.223,27	4,917425324	0,203358	0,000276	23.423	0,09884874	10,11647
12	2016	313070	88	0,00028109	3.557,61	175.842,62	0,561671894	1,780399	0,0005	3.518	0,0112371	88,9909
1	2017	419859 9	1.760	0,00041919	2.385,57	3.733.732,60	0,889280591	1,124504	0,000471	73.686	0,01755014	56,9796
2	2017	596974	121	0,00020269	4.933,67	280.016,34	0,469059524	2,131926	0,000432	5.535	0,00927176	107,8544

3	2017	616282	117	0,00018985	5.267,37	1.278.607,59	2,074711885	0,481995	9,15E-05	25.635	0,04159622	24,04065
4	2017	136224 ₉	120	8,809E-05	11.352,08	245.076,33	0,179905678	5,558468	0,00049	4.833	0,00354781	281,8641
5	2017	541485	31	5,725E-05	17.467,26	52.434,67	0,096834945	10,32685	0,000591	1.028	0,00189848	526,7364
6	2017	420551	73	0,00017358	5.760,97	258.578,77	0,614857104	1,626394	0,000282	5.174	0,01230291	81,2816
7	2017	147095	45	0,00030592	3.268,78	224.442,88	1,525836228	0,655378	0,0002	4.526	0,03076923	32,5
8	2017	496918	186	0,00037431	2.671,60	943.766,15	1,89923921	0,526527	0,000197	20.509	0,0412724	24,22927
9	2017	352336	47	0,0001334	7.496,51	274.619,12	0,779423959	1,282999	0,000171	5.667	0,01608408	62,17328
10	2017	188965	57	0,00030164	3.315,18	203.605,51	1,077477364	0,928094	0,00028	4.088	0,02163364	46,22432
11	2017	238180	255	0,00107062	934,04	1.048.493,33	4,402104837	0,227164	0,000243	21.114	0,08864724	11,28067
12	2017	313632	85	0,00027102	3.689,79	118.686,22	0,378425097	2,642531	0,000716	2.313	0,00737489	135,5953
1	2018	420889 ₁	1.952	0,00046378	2.156,19	3.660.344,14	0,869669502	1,149862	0,000533	71.479	0,01698286	58,8829
2	2018	598519	117	0,00019548	5.115,55	233.905,28	0,390806775	2,558809	0,0005	4.597	0,00768063	130,1977
3	2018	617804	106	0,00017158	5.828,34	1.149.239,31	1,8602005	0,537576	9,22E-05	23.067	0,03733708	26,78302
4	2018	136536 ₈	136	9,9607E-05	10.039,47	223.636,00	0,16379174	6,105314	0,000608	4.388	0,00321379	311,1595
5	2018	542883	33	6,0787E-05	16.451,00	69.089,31	0,12726372	7,857699	0,000478	1.382	0,00254567	392,8242
6	2018	421511	97	0,00023012	4.345,47	333.058,89	0,790154682	1,265575	0,000291	5.260	0,01247892	80,13517
7	2018	146992	67	0,00045581	2.193,91	386.315,60	2,628140307	0,380497	0,000173	5.956	0,04051921	24,67965
8	2018	497924	207	0,00041573	2.405,43	1.123.691,37	2,256752778	0,443115	0,000184	23.315	0,04682441	21,35638
9	2018	353676	74	0,00020923	4.779,41	480.145,00	1,357584343	0,736602	0,000154	8.071	0,02282032	43,82059
10	2018	189462	80	0,00042225	2.368,28	377.988,99	1,995064921	0,501237	0,000212	5.327	0,02811646	35,56636
11	2018	238781	377	0,00157885	633,37	1.725.920,14	7,228046369	0,13835	0,000218	23.609	0,09887303	10,11398
12	2018	314483	80	0,00025439	3.931,04	73.358,68	0,233267553	4,286923	0,001091	1.471	0,00467752	213,7886
1	2019	423454 ₆	2.031	0,00047963	2.084,96	3.710.631,53	0,876276118	1,141193	0,000547	72.380	0,01709274	58,50437
2	2019	600850	118	0,00019639	5.091,95	243.734,40	0,40564933	2,465183	0,000484	4.795	0,00798036	125,3076
3	2019	621417	111	0,00017862	5.598,35	839.404,36	1,350790789	0,740307	0,000132	16.820	0,02706717	36,94512
4	2019	137707 ₁	136	9,876E-05	10.125,52	202.298,86	0,146905178	6,807112	0,000672	3.974	0,00288584	346,5201

5	2019	545039	43	7,8893E-05	12.675,33	60.680,93	0,111333189	8,982048	0,000709	1.146	0,0021026	475,6012
6	2019	425162	91	0,00021404	4.672,11	320.245,22	0,753231051	1,327614	0,000284	4.279	0,0100644	99,36013
7	2019	147651	67	0,00045377	2.203,75	354.521,67	2,401078692	0,416479	0,000189	4.525	0,03064659	32,63006
8	2019	504432	124	0,00024582	4.068,00	557.000,33	1,104212917	0,905622	0,000223	9.502	0,01883703	53,08693
9	2019	355864	64	0,00017984	5.560,38	381.349,02	1,071614493	0,933171	0,000168	5.602	0,01574197	63,52446
10	2019	190011	65	0,00034209	2.923,25	282.108,57	1,484695991	0,673539	0,00023	3.545	0,01865681	53,59972
11	2019	239971	417	0,00173771	575,47	2.127.255,94	8,86463756	0,112808	0,000196	26.089	0,1087173	9,198168
12	2019	315057	83	0,00026344	3.795,87	80.416,26	0,255243527	3,917827	0,001032	1.565	0,00496736	201,3144

APENDICE D. Lacunas assistenciais por GERES/ municípios, no ano de 2019

Região de Saúde/Município	População_estimada	N municípios	N CAPS/GERES/municípios	VA_P OP	N VA	N =>20 mil hab	N =<20 mil hab	POP=<20 mil hab
26001 Afogados da Ingazeira	190011	12	6	70716	8	0	8	70716
..... ITAPETIM	13616	1	0	13616	1	0	1	13616
..... TUPARETAMA	8202	1	0	8202	1	0	1	8202
..... AFOGADOS DA INGAZEIRA	37259	1	2	0	0	0	0	0
..... TABIRA	28534	1	1	0	0	0	0	0
..... CARNAIBA	19551	1	1	0	0	0	0	0
..... SANTA TEREZINHA	11815	1	0	11815	1	0	1	11815
..... INGAZEIRA	4548	1	0	4548	1	0	1	4548
..... BREJINHO	7487	1	0	7487	1	0	1	7487
..... SOLIDAO	6007	1	0	6007	1	0	1	6007
..... IGUARACY	12228	1	0	12228	1	0	1	12228
..... SAO JOSE DO EGITO	33951	1	2	0	0	0	0	0
..... QUIXABA	6813	1	0	6813	1	0	1	6813
26002 Arcoverde	425162	13	13	33278	2	0	2	33278
..... TACARATU	25765	1	1	0	0	0	0	0
..... PEDRA	22617	1	1	0	0	0	0	0
..... VENTUROSA	18482	1	0	18482	1	0	1	18482
..... TUPANATINGA	27304	1	1	0	0	0	0	0
..... PETROLANDIA	36548	1	1	0	0	0	0	0
..... IBIMIRIM	29235	1	1	0	0	0	0	0
..... JATOBA	14796	1	0	14796	1	0	1	14796
..... MANARI	21434	1	1	0	0	0	0	0
..... BUIQUE	58378	1	1	0	0	0	0	0
..... CUSTODIA	37111	1	1	0	0	0	0	0
..... INAJA	23247	1	1	0	0	0	0	0
..... SERTANIA	35907	1	1	0	0	0	0	0
..... ARCOVERDE	74338	1	3	0	0	0	0	0
26003 Caruaru	1377071	32	16	397070	17	8	9	182830
..... TACAIMBO	12874	1	0	12874	1	0	1	12874
..... SAIRE	9932	1	0	9932	1	0	1	9932
..... SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	107937	1	1	0	0	0	0	0
..... CUIRA	24107	1	1	0	0	0	0	0
..... IBIRAJUBA	7762	1	0	7762	1	0	1	7762
..... JATAUBA	17150	1	1	0	0	0	0	0
..... SANTA MARIA DO CAMBUCA	14137	1	0	14137	1	0	1	14137
..... ALTINHO	22972	1	1	0	0	0	0	0
..... CAMOCIM DE SAO FELIX	18765	1	0	18765	1	0	1	18765
..... PESQUEIRA	67395	1	1	0	0	0	0	0
..... VERTENTES	20731	1	0	20731	1	1	0	0
..... TORITAMA	45219	1	1	0	0	0	0	0
..... FREI MIGUELINHO	15457	1	0	15457	1	0	1	15457
..... SAO BENTO DO UMA	59504	1	0	59504	1	1	0	59504
..... TAQUARITINGA DO NORTE	28775	1	1	0	0	0	0	0

..... BARRA DE GUABIRABA	14385	1	0	14385	1	0	1	14385
..... AGRESTINA	24885	1	1	0	0	0	0	0
..... BREJO DA MADRE DE DEUS	50742	1	0	50742	1	1	0	0
..... CACHOEIRINHA	20380	1	0	20380	1	1	0	0
..... RIACHO DAS ALMAS	20546	1	0	20546	1	1	0	0
..... JUREMA	15378	1	0	15378	1	0	1	15378
..... BEZERROS	60798	1	1	0	0	0	0	0
..... POCAO	11302	1	1	0	0	0	0	0
..... BONITO	38134	1	0	38134	1	1	0	0
..... CARUARU	361118	1	2	0	0	0	0	0
..... GRAVATA	84074	1	1	0	0	0	0	0
..... ALAGOINHA	14636	1	0	14636	1	0	1	14636
..... SAO CAITANO	37245	1	0	37245	1	1	0	0
..... SANHARO	26462	1	0	26462	1	1	0	0
..... SAO JOAQUIM DO MONTE	21356	1	1	0	0	0	0	0
..... BELO JARDIM	76439	1	1	0	0	0	0	0
..... PANELAS	26474	1	1	0	0	0	0	0
26004 Garanhuns	545039	21	18	93451	6	1	5	67102
..... TEREZINHA	7169	1	0	7169	1	0	1	7169
..... JUPI	14836	1	0	14836	1	0	1	14836
..... LAGOA DO OURO	13145	1	1	0	0	0	0	0
..... LAJEDO	40288	1	1	0	0	0	0	0
..... PALMEIRINA	7693	1	0	7693	1	0	1	7693
..... CORRENTES	18207	1	0	18207	1	0	1	18207
..... SALOA	15843	1	1	0	0	0	0	0
..... CAPOEIRAS	20048	1	1	0	0	0	0	0
..... AGUAS BELAS	43443	1	1	0	0	0	0	0
..... CANHOTINHO	24804	1	1	0	0	0	0	0
..... CAETES	28739	1	1	0	0	0	0	0
..... GARANHUNS	139788	1	3	0	0	0	0	0
..... PARANATAMA	11523	1	1	0	0	0	0	0
..... ANGELIM	11150	1	2	0	0	0	0	0
..... SAO JOAO	22793	1	1	0	0	0	0	0
..... IATI	19197	1	0	19197	1		1	19197
..... BREJAO	8993	1	1	0	0	0	0	0
..... BOM CONSELHO	48554	1	1	0	0	0	0	0
..... CALCADO	11053	1	1	0	0	0	0	0
..... JUCATI	11424	1	1	0	0	0	0	0
..... ITAIBA	26349	1	0	26349	1	1	0	0
26005 Goiana	315057	10	5	77078	4	1	3	38692
..... CAMUTANGA	8551	1	0	8551	1	0	1	8551
..... CONDADO	26421	1	0	0	0	0	0	0
..... TIMBAUBA	53022	1	1	0	0	0	0	0
..... SAO VICENTE FERRER	18018	1	0	18018	1	0	1	18018
..... GOIANA	79758	1	1	0	0	0	0	0
..... FERREIROS	12123	1	0	12123	1	0	1	12123
..... MACAPARANA	25376	1	0	0	0	0	0	0
..... ITAMBE	36447	1	1	0	0	0	0	0

..... ALIANCA	38386	1	0	38386	1	1	0	0
..... ITAQUITINGA	16955	1	1	0	0	0	0	0
26006 Limoeiro	600850	20	9	21632	11	4	7	86796
..... CASINHAS	14341	1	0	14341	1	0	1	14341
..... VERTENTE DO LERIO	7618	1	0	7618	1	0	1	7618
..... NAZARE DA MATA	32471	1	1	0	0	0	0	0
..... BUENOS AIRES	13155	1	0	13155	1	0	1	13155
..... SALGADINHO	10919	1	0	10919	1	0	1	10919
..... VICENCIA	32643	1	0	32643	1	1	0	0
..... LAGOA DE ITAENGA	21429	1	1	0	0	0	0	0
..... PASSIRA	28933	1	1	0	0	0	0	0
..... OROBO	23884	1	0	23884	1	1		0
..... CUMARU	10906	1	0	10906	1	0	1	10906
..... TRACUNHAEM	13769	1	0	13769	1	0	1	13769
..... FEIRA NOVA	22131	1	1	0	0	0	0	0
..... PAUDALHO	56506	1	1	0	0	0	0	0
..... BOM JARDIM	39184	1	0	39184	1	1	0	0
..... MACHADOS	16088	1	0	16088	1	0	1	16088
..... JOAO ALFREDO	33822	1	0	33822	1	1	0	0
..... SURUBIM	65089	1	1	0	0	0	0	0
..... CARPINA	83641	1	1	0	0	0	0	0
..... LAGOA DO CARRO	18071	1	1	0	0	0	0	0
..... LIMOEIRO	56250	1	1	0	0	0	0	0
26007 Ouricuri	355864	11	6	70641	5	1	4	48631
..... BODOCO	38146	1	1	0	0	0	0	0
..... EXU	31825	1	1	0	0	0	0	0
..... OURICURI	69459	1	1	0	0	0	0	0
..... SANTA FILOMENA	14477	1	0	14477	1	0	1	14477
..... TRINDADE	30521	1	1	0	0	0	0	0
..... PARNAMIRIM	22010	1	0	22010	1	1		0
..... GRANITO	7486	1	0	7486	1	0	1	7486
..... IPUBI	30854	1	1	0	0	0	0	0
..... SANTA CRUZ	15398	1	0	15398	1	0	1	15398
..... MOREILANDIA	11270	1	0	11270	1	0	1	11270
..... ARARIPINA	84418	1	1	0	0	0	0	0
26008 Palmares	621417	22	10	26312	12	3	9	125551
..... SIRINHAEM	45865	1	0	45865	1	1	0	0
..... CORTES	12578	1	0	12578	1	0	1	12578
..... JOAQUIM NABUCO	16023	1	0	16023	1	0	1	16023
..... GAMELEIRA	31052	1	1	0	0	0	0	0
..... SAO BENEDITO DO SUL	15895	1	0	15895	1	0	1	15895
..... QUIPAPA	26037	1	1	0	0	0	0	0
..... PALMARES	63250	1	1	0	0	0	0	0
..... SAO JOSE DA COROA GRANDE	21298	1	1	0	0	0	0	0
..... AMARAJI	22829	1	0	22829	1	1	0	0
..... MARAIAL	11345	1	0	11345	1	0	1	11345
..... AGUA PRETA	36771	1	1	0	0	0	0	0
..... BARREIROS	42659	1	1	0	0	0	0	0

..... BELEM DE MARIA	12073	1	0	12073	1	0	1	12073
..... CATENDE	42892	1	1	0	0	0	0	0
..... PRIMAVERA	14966	1	0	14966	1	0	1	14966
..... RIO FORMOSO	23535	1	1	0	0	0	0	0
..... LAGOA DOS GATOS	16290	1	0	16290	1	0	1	16290
..... TAMANDARE	23388	1	1	0	0	0	0	0
..... ESCADA	68875	1	0	68875	1	1	0	0
..... XEXEU	14725	1	0	14725	1	0	1	14725
..... RIBEIRAO	47415	1	1	0	0	0	0	0
..... JAQUEIRA	11656	1	0	11656	1	0	1	11656
26009 Petrolina	504432	7	9	0	0	0	0	0
..... CABROBO	34221	1	1	0	0	0	0	0
..... OROCO	14991	1	1	0	0	0	0	0
..... SANTA MARIA DA BOA VISTA	41931	1	1	0	0	0	0	0
..... AFRANIO	19635	1	1	0	0	0	0	0
..... PETROLINA	349145	1	1	0	0	0	0	0
..... DORMENTES	18908	1	1	0	0	0	0	0
..... LAGOA GRANDE	25601	1	1	0	0	0	0	0
26010 Recife	4234546	19	46	13518	1	0	1	13518
..... IPOJUCA	96204	1	1	0	0	0	0	0
..... ILHA DE ITAMARACA	26258	1	1	0	0	0	0	0
..... SAO LOURENCO DA MATA	113230	1	1	0	0	0	0	0
..... OLINDA	392482	1	3	0	0	0	0	0
..... CAMARAGIBE	157828	1	3	0	0	0	0	0
..... CHA GRANDE	21698	1	1	0	0	0	0	0
..... PAULISTA	331774	1	2	0	0	0	0	0
..... ITAPISSUMA	26651	1	1	0	0	0	0	0
..... RECIFE	1645727	1	17	0	0	0	0	0
..... CHA DE ALEGRIA	13518	1	0	13518	1		1	13518
..... GLORIA DO GOITA	30604	1	1	0	0	0	0	0
..... JABOATAO DOS GUARARAPES	702298	1	3	0	0	0	0	0
..... CABO DE SANTO AGOSTINHO	207048	1	3	0	0	0	0	0
..... ABREU E LIMA	99990	1	3	0	0	0	0	0
..... ARACOIABA	20524	1	1	0	0	0	0	0
..... MORENO	62784	1	1	0	0	0	0	0
..... POMBOS	27091	1	1	0	0	0	0	0
..... IGARASSU	117019	1	1	0	0	0	0	0
..... VITORIA DE SANTO ANTAO	138757	1	1	0	0	0	0	0
26011 Salgueiro	147651	7	2	67556	5	0	5	46827
..... MIRANDIBA	15390	1	0	15390	1	0	1	15390
..... TERRA NOVA	10096	1	0	10096	1	0	1	10096
..... SALGUEIRO	60930	1	1	0	0	0	0	0
..... CEDRO	11807	1	0	11807	1	0	1	11807
..... VERDEJANTE	9534	1	0	9534	1	0	1	9534
..... SERRITA	19165	1	1	0	0	0	0	0
..... BELEM DE SAO FRANCISCO	20729	1	0	20729	1	1	0	0
26012 Serra Talhada	239971	10	5	86789	7	1	6	64165

..... SERRA TALHADA	86350	1	3	0	0	0	0	0
..... ITACURUBA	4918	1	0	4918	1	0	1	4918
..... TRIUNFO	15254	1	0	15254	1	0	1	15254
..... BETANIA	12719	1	0	12719	1	0	1	12719
..... FLORES	22624	1	0	22624	1	1	0	0
..... SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE	12592	1	0	12592	1	0	1	12592
..... CARNAUBEIRA DA PENHA	12932	1	0	12932	1	0	1	12932
..... CALUMBI	5750	1	0	5750	1	0	1	5750
..... FLORESTA	32873	1	1	0	0	0	0	0
..... SAO JOSE DO BELMONTE	33959	1	1	0	0	0	0	0
Total	9557071	184	145	13895	78	19	59	778106
				46				

APENDICE E. Ranking de eficiência por GERES/ano

data.GER ES	data.A no	x(VLR_CAPS/ano/ pop)	y1(Proc_CAPS/popul ação)	y2(Inv_Inter_ LH)	y3(Inv_Vlr_Inter _LH)	y4(Inv_Perm_ LH)	Eff_VRS
4	2017	3,9437746	0,02351846	11352,075	5,55846825	281,86406	1
4	2018	3,93476557	0,04511384	10039,4706	6,10531399	311,159526	1
4	2019	4,39463397	0,09447443	10125,5221	6,80711201	346,520131	1
5	2012	1,42101974	0,08719839	1595,16	0,30665076	15,1511529	1
5	2017	7,26028422	0,03708875	17467,2581	10,3268505	526,736381	1
5	2018	7,24158797	0,07550798	16451	7,85769897	392,824168	1
5	2019	10,2064036	0,07515242	12675,3256	8,98204757	475,601222	1
7	2011	4,87089951	0,24308608	1098,14961	0,3324037	16,3537758	1
7	2012	4,84208275	0,21144731	10021,0714	0,27739783	13,6103027	1
5	2011	1,42746005	0,08351289	1513,45455	0,31514794	15,4962767	0.9483075302615 25
2	2019	2,92198552	0,0986852	5091,94915	2,46518341	125,307612	0.9118655482825 32
2	2018	3,5008663	0,11567385	5115,54701	2,55880928	130,197738	0.8787505807193 67
2	2017	3,50992673	0,09963751	4933,66942	2,13192559	107,854381	0.7312234238777 39
6	2012	5,3601057	0,19329109	2340,79641	0,50712422	25,1374831	0.7301745740914 08
4	2016	3,7277921	0,00847222	8385,46584	2,58922142	129,477319	0.6954993830821 82
8	2011	4,38883055	0,15371855	1642,62454	0,51957976	28,2613367	0.6835729997769 1
8	2012	5,08940774	0,1650431	1576,69014	0,51447542	23,6720237	0.6342855476575 05
4	2013	2,4560879	0,00669767	5958,65	1,25689493	62,4417929	0.6056055060215 09
12	2018	4,50267582	0,04624415	3931,0375	4,28692283	213,788579	0.6013058106260 72
8	2019	5,86452683	0,15003013	4068	0,90562244	53,0869291	0.5562992979995 57
2	2015	3,53865809	0,07597526	5018,02542	1,68106923	83,8825613	0.5491397271972 14
4	2011	0,58728593	0,02856252	1737,40443	0,33635707	17,7273639	0.5357589706471 92

4	2015	3,21213059	0,00736853	6430,02404	1,54520252	76,9486796	0.5298976860963 03
2	2012	2,96213222	0,07768904	2824,3202	0,67563439	32,9144612	0.4915846238241 8
12	2019	5,57256306	0,06972707	3795,86747	3,91782707	201,314377	0.4803372469144 21
6	2019	8,12390336	0,15814207	4672,10989	1,32761388	99,3601309	0.4665693428866 2
2	2016	3,52395824	0,05885835	4834,12195	1,78852367	89,7504906	0.4540388952297 23
2	2011	2,98000695	0,07105658	2614,21101	0,53559418	25,2055728	0.4208526430342 19
6	2011	5,41937161	0,11957956	2261,04094	0,52157756	25,6817004	0.4182750527832 42
8	2014	4,07633371	0,09182326	2517,14286	0,61290258	28,1303217	0.4175428521549 2
8	2015	5,42101668	0,11374096	2639,59016	0,57136404	26,4161107	0.4025801693827 89
6	2018	5,77682433	0,09559418	4345,47423	1,26557499	80,1351711	0.3906266655911 39
8	2016	5,34294832	0,1078406	2565,98429	0,58365238	26,9553954	0.3834941058392 86
9	2017	5,78413787	0,02121554	7496,51064	1,28299879	62,1732839	0.3803299061222 38
11	2018	6,12240924	0,127351	633,371353	0,13834997	10,113982	0.3772402218538 94
3	2019	3,82612642	0,03182082	5598,35135	0,74030709	36,9451249	0.3749630439384 91
3	2018	3,84850211	0,01886359	5828,33962	0,53757646	26,7830234	0.3727633932128 11
3	2012	0,58273715	0,01086005	3167,77174	0,26024499	12,6870837	0.3712769313399 77
3	2016	2,77252195	0,00625585	4939,89516	0,43145706	21,490615	0.3691382140604 39
12	2017	4,51489325	0,04423975	3689,78824	2,64253087	135,595331	0.3603728454168 86
1	2011	3,67048261	0,08141694	1320,78229	0,197315	8,95939744	0.3561728487066 25
2	2014	3,55398738	0,04349249	4832,56557	1,50069606	74,6389416	0.3521477668780 98
1	2019	4,28739445	0,07151487	2084,95618	1,1411928	58,5043658	0.3475122573609 23
11	2019	6,09204862	0,11803926	575,470024	0,11280777	9,19816781	0.3452935522504 98
1	2018	4,42694501	0,06516657	2156,19416	1,1498621	58,8829027	0.3096922599149 04
12	2015	3,44445724	0,01909507	4280,67123	1,8187324	90,6553525	0.3063318711776 27
1	2012	4,27591287	0,08135606	1494,46136	0,24849827	12,2179367	0.3054620485329 17
3	2017	3,85800656	0,00811155	5267,36752	0,48199464	24,0406476	0.3039357601026 41
4	2012	1,47687362	0,02512799	2765,23144	0,81863121	40,0948491	0.3030243914464 99
9	2019	5,72679451	0,06249297	5560,375	0,9331714	63,5244556	0.2965515231013 99
6	2017	5,7900112	0,05119474	5760,9726	1,62639415	81,2816003	0.2927173890789 33
9	2011	4,11336395	0,0675267	1580,37799	0,65054923	29,7405907	0.2897059529162 99
12	2012	2,42265346	0,04210651	2764,41818	0,63263913	30,4695391	0.2863749664883 97
8	2018	5,25902547	0,08538251	2405,42995	0,44311455	21,35638	0.2861246895557 19
12	2011	2,4278351	0,04122437	2862,61321	0,51864693	24,8637332	0.2677807823015 94

11	2011	3,01637131	0,05514828	468,214137	0,15710007	7,82199917	0.2621519522959 72
11	2012	4,75226607	0,07730482	518,290618	0,14016363	6,98578126	0.2580790974491 78
7	2019	4,6008493	0,066454	2203,74627	0,41647948	32,6300552	0.2545777295419 24
6	2016	5,84280542	0,070169	4046,12621	0,89112416	44,372977	0.2542273812861 14
9	2016	4,85124616	0,01356281	5304,16667	1,05574407	51,3607688	0.2451629404356 62
12	2014	3,45110569	0,02628516	4214,68919	1,40480046	69,9611934	0.2391954966907 88
12	2013	2,36675469	0,01959726	3458,53333	1,07464284	53,3815812	0.2353492147563 16
9	2012	5,10720837	0,06840285	1464,88987	0,60345143	27,6601231	0.2326180595473 8
11	2017	6,13785792	0,08659837	934,039216	0,22716406	11,2806669	0.2295947944402 61
12	2016	4,52299805	0,01866995	3557,61364	1,78039886	88,9909039	0.2276110899908 75
3	2015	2,79014978	0,0082934	4085,08054	0,38026207	18,8772175	0.2272750187953 81
8	2017	5,26967226	0,06654015	2671,60215	0,52652662	24,2292652	0.2206357260363 28
1	2017	4,43779675	0,04433908	2385,56761	1,12450447	56,9796026	0.2149500835514 38
11	2013	4,61901411	0,06483798	573,958128	0,15223976	7,5734343	0.2124474049795 01
6	2013	5,17764258	0,06114819	2752,98639	0,5262784	26,1680569	0.2043346347775 32
3	2014	2,80860226	0,00523254	3952,14379	0,35508652	17,6270406	0.2042251805136 76
2	2013	3,56990616	0,03606307	3089,17895	0,84692328	42,0808718	0.1878693911305 9
6	2015	5,0756994	0,05505103	2646,26282	0,58633142	29,1991088	0.1848551474942 98
11	2016	6,16951105	0,07231661	735,89441	0,20335845	10,1164667	0.1828939833102 42
9	2018	5,76222305	0,02948179	4779,40541	0,73660248	43,8205922	0.1821407660379 53
11	2015	4,56678631	0,05546221	714,218182	0,18995071	9,45073981	0.1745037052471 9
1	2016	4,58043785	0,04087351	2090,21343	0,88876764	44,5747834	0.1706506471684 68
1	2015	4,72597647	0,04489657	2196,39269	0,73654549	36,8048397	0.1677676299233 33
8	2013	4,86742873	0,04921391	1992,34468	0,59004828	27,1988498	0.1668737038876 71
4	2014	9,54847242	0,00944743	6159,91628	1,40969943	70,0138507	0.1653755685011 03
10	2019	8,88858013	0,07132219	2923,24615	0,67353856	53,5997179	0.1631881852342 65
6	2014	5,1280335	0,04389335	2688,18421	0,64037547	31,7905547	0.1426682680336 1
1	2014	4,66217218	0,03951311	2077,81575	0,54092142	26,9417005	0.1295905162405 06
10	2018	8,91433638	0,05275992	2368,275	0,50123682	35,5663601	0.1046460066169 25
1	2013	4,69564968	0,03787382	1569,43433	0,336618	16,5872791	0.1030920151091 92
3	2013	1,13117063	0,00374826	2943,85294	0,28459444	14,1082529	0.1011133151387 71
7	2018	4,621476	0,03129422	2193,91045	0,38049719	24,6796508	0.0923219030436 652
9	2015	4,88391956	0,01907786	1774,14796	0,77172234	34,2999605	0.0725283734732 201

7	2017	4,61823991	0,02131276	3268,77778	0,65537833	32,5	0.0717942498216 187
9	2014	4,91817521	0,00236598	1591,29493	0,73934922	33,3054591	0.0676166345121 908
5	2016	5,40039052	0,02734542	2794,22798	0,46949712	23,3862099	0.0628863959370 507
10	2017	8,93778213	0,02751832	3315,17544	0,92809374	46,2243151	0.0605656695941 05
9	2013	4,95407063	0,0162627	1594,46047	0,67870395	30,8836937	0.0589315937458 317
10	2015	3,61657838	0,00481273	2504,46667	0,54852504	27,285735	0.0569299832657 331
7	2016	2,31986012	0,01702023	1807,58025	0,42149682	20,9642039	0.0529969864721 803
10	2011	1,87231275	0	1217,5302	0,38292522	19,0899716	0.0525304311668 926
10	2014	3,62799342	0,00784538	1573,47899	0,44348356	22,0832645	0.0379353024254 173
10	2013	3,63994878	0,00705142	1712,19266	0,42490123	21,1190449	0.0343349055861 279
10	2016	8,96415776	0,01882606	2546,06757	0,66799986	33,3349257	0.0318227844652 688
5	2014	1,37753299	0,01476646	1601,17665	0,28599789	14,2111235	0.0249264413801 208
10	2012	3,73221987	0,01003214	1328,57664	0,36806907	18,3021619	0.0235828490073 538
7	2015	4,66216912	0,01349265	1414,65049	0,36846967	17,9223862	0.0180739764533 982
7	2014	9,37102971	0,01858149	1318,02727	0,37392533	18,1591934	0.0136043420309 7
5	2013	1,38347258	0,01361698	1648,59752	0,26195961	13,0089903	0.0134180833600 418
5	2015	4,15826678	0,01293828	1632,25228	0,29267763	14,5618255	0.0093641491275 5129
7	2013	4,70997712	0,01063579	1172,60163	0,30493413	14,7913035	0.0089065526991 3124
3	2011	0	0,0149378	2692,71628	0,24259989	11,5942162	0
11	2014	4,59236962	0,00641696	748,814696	0,2110392	10,4900416	0

ANEXO

ANEXO A. Nota técnica GASAM/SES/PE nº 013/2021



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SE
DIRETORIA DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS – DPE
GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL - GASAM

NOTA TÉCNICA – 013/2021

Recife, 24 de março de 2021.

Assunto: Manifestação nº 21165/2021 de 22/02/2021

A Manifestação nº 21165/2021 de 22 de fevereiro do corrente ano trata de solicitação de dados sobre a rede e pacientes de Saúde Mental, com solicitação de informações que também são de governabilidade da diretoria geral de gestão estratégica e articulação, bem como da assistência farmacêutica. É importante afirmar que, segue também orientações gerais para obter e construir o dado:

Os itens 1, 2, 3, 5 e 6 podem ser acessados no seguinte endereço da Sala de Situação em Saúde do estado de Pernambuco: OBS: informações cedida pela Diretora Geral de gestão estratégica e articulação interativa.

<<http://salasituacao.saude.pe.gov.br/QvAJAXZfc/salasituacao.htm>.>

Os dados são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e encontram-se nos links “CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, “SIA - Sistema de Informação Ambulatorial” e “SIH – Sistema de Informação Hospitalar”. Conforme figura abaixo:

Sala de Situação - Secretaria de Saúde de Pernambuco

salasituacao.saude.pe.gov.br/QvAJAXZfc/salasituacao.htm

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Sala de Situação em Saúde
Recife, 09 de março de 2021

Bem vindo Sala de Situação da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, um ambiente de acesso às informações de diversas áreas da saúde com o objetivo de democratizar as informações, dando transparência à população e subsidiando gestores e conselheiros de saúde nas tomadas de decisão.

Nela, poderão ser encontradas informações socioeconômicas e demográficas, epidemiológicas, assistenciais, financeiras e orçamentárias, e de força de trabalho. É uma ferramenta dinâmica e em constante processo de implementação.

A partir de agora, a Sala será atualizado periodicamente com uma série de informações que podem ser consultadas de forma dinâmica através de gráficos ou em relatórios consolidados. O objetivo é permitir um acesso mais rápido e claro aos documentos e dados relacionados às atividades da Secretaria.

As informações constantes seguem o que prevê a resolução nº 86/2012 do Conselho Nacional do Ministério Público e, especialmente, o princípio da publicidade dos atos da Administração Pública previsto no artigo 37 da Constituição Federal. Atendem ainda, à Lei de Acesso à Informação.

O aperfeiçoamento do Portal prosseguirá para expandir cada vez mais a capacidade do cidadão de participar da fiscalização e da avaliação das ações da SES-PE. Você pode ajudar a melhorar o nosso portal da Transparência.

Escreva suas críticas e sugestões para a saude@saude.pe.gov.br.

INDICADORES Pactuação Interfederativa 2017-2021	SIA Sistema de Informação Ambulatorial	SIH Sistema de Informação Hospitalar	SIM Sistema de Informação de Mortalidade	SINASC Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SINATT Sistema de Informação de Acidentes de Transporte Terrestre	CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	SIOPS Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas	TAB. AUXILIARES Tabelas Auxiliares Comuns aos Sistemas

Ao acessar o referido endereço, o usuário (a) poderá, ainda, organizar a informação que melhor atenda a seu estudo, na opção “Análise Geral”, através de aplicação de filtros e seleção das variáveis disponíveis:



Orientações Específicas:

1. Descritor Homologação: é obtido no CNES através da variável “Vínculo SUS” (itens 1,2 e 3);
2. Descritor “Residências ou comunidades terapêuticas”: são cadastradas no CNES como “Clínica Especializada/Ambulatório Especializado” (item 3);
3. Descritor “Número de pacientes cadastrados”: os sistemas de informação disponibilizados pelo Datasus/MS não informam a quantidade de pacientes e sim o número de procedimentos (item 4);
4. Descritor “Diagnóstico do atendimento”: não é uma variável de preenchimento obrigatório dos atendimentos ambulatoriais (item 5).

Por fim, informa-se que a Sala de Situação em Saúde de Pernambuco foi construída para favorecer o acesso a informação em Saúde a todas e todos os interessados em dados de saúde do Estado. É um ambiente de acesso às informações de diversas áreas da saúde com o objetivo de democratizar as informações, dando transparência à população e subsidiando gestores e conselheiros de saúde nas tomadas de decisão. Além das informações ora solicitadas, poderão ser encontradas informações socioeconômicas e demográficas, epidemiológicas, assistenciais, financeiras e orçamentárias, e de força de trabalho. É uma ferramenta dinâmica e em constante

processo de implementação. É atualizada periodicamente com uma série de informações que podem ser consultadas de forma dinâmica através de gráficos ou em relatórios consolidados.

As informações constantes seguem o que prevê a resolução nº 86/2012 do Conselho Nacional do Ministério Público e, especialmente, o princípio da publicidade dos atos da Administração Pública previsto no artigo 37 da Constituição Federal. Atendem ainda à Lei de Acesso à Informação.

O aperfeiçoamento do Portal prosseguirá para expandir cada vez mais a capacidade do cidadão de participar da fiscalização, avaliação e pesquisas sobre o SUS em Pernambuco.

Lembrando que você pode ajudar a melhorar o nosso portal da Transparência, sempre que usa as ferramentas nele disponibilizada.

A gerência de atenção à saúde mental, também disponibilizou alguns dados, de forma que poderão facilitar o acesso, segue de acordo com as questões solicitadas:

1. CAPS II, III e 24 horas por município ou pactuações, homologadas e não - homologadas ao Ministério da Saúde, em funcionamento: A lista abaixo corresponde aos serviços em funcionamento, pactuados nas comissões intergestoras regionais (CIR). OBS: Os CAPS III funcionam 24h, conforme portaria.

REDE DE CAPS II – (Saúde Mental)

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO/LOCAL	ENDEREÇO	FONE
I	CAPS II Boa Vista	Recife/DS I	Rua General José Semeão, 146. Boa Vista,	32228110 / 32221619
I	CAPS II José Carlos Souto (a partir de 15 anos)	Recife/DS II	Rua Djalma Farias, 135 – Torreão,	33554300 / 4301
I	CAPS II Esperança	Recife/DS III	Rua José Cavaleira, 415 – Tamarineira	33554292 / 4293
I	CAPS II Espaço Vida (a Partir de 15 anos)	Recife/DS IV	Rua Ambrósio Machado, 280 – Iputinga,	33554288 / 4289
I	CAPS II São Lourenço Mártir	São Lourenço	Rua Barrão de Caruaru, 116 - Bairro Muribara	(81) 987386832
I	CAPS II Nise da Silveira	Olinda	Rua 38, S/N – IV Etapa/ Rio Doce	34924566
I	CAPS II Casa da Primavera	Camaragibe	Rua dos Projetistas, 80 – Timbí	
I	CAPS II Saber Viver	Igarassu	Rua Bonito 20 – Manjope	
I	CAPS II Solar dos Guararapes	Jaboatão	Rua Emiliano Ribeiro, 280 – Prazeres	33425211/ (81) 999752655
I	CAPS II Estação Cidadania	Cabo Sto Agostinho	Rua Amaro Pereira Cavalcante, 197 Centro	35216672
I	CAPS II Gregório Bernardo	Ipojuca	Rua Maria José Ferreira de Oliveira s/n Camela	35514697 / (81) 992589622
I	CAPS II Vitória	Vitória de Santo Antão	Rua Dr. José Rufino, nº 1097 Cajá - Vitória St. Antão	
II	CAPS II – Dr. Jose Fernandes Neto	Carpina	Av. João Caldas, 130 Santo Antonio	81 - 998433148
IV	CAPS II Belo Jardim	Belo Jardim	Rua: Cícero Barbosa Maciel, nº 86, Boa Vista	(81) 995250894 / 984947832

IV	CAPS II Jose Bezerra de Araujo	Sta. Cruz do Capibaribe	Rua Dr. Petrônio Barbosa, 228-B.Novo Stª Cruz	
IV	CAPS II Nova Vida	Gravatá	Rua : Izaltino Poggy , 33, Prado, Gravatá.	(81) 996543910
IV	CAPS II Pesqueira	Pesqueira	AV. ÉZIO ARAÚJO, 230 - CENTRO	(81) 999299522
IV	CAPS II Caminho da Superação	Bezerros	Rua Vitoriano Pereira de Lima, 51, Centro	(81) 37283322 / (81) 996561195
VI	CAPS II Espaço Renascer	Arcoverde	Avenida Agamenon Magalhães, 340 - Centro	(87)9-9638-1559 (87)9-99216874
VIII	CAPS II André do Cavaquinho	Petrolina	Rua do Amarelo, 80 – Caminho do Sol	(87) 3866-8551 (87) 9-9989-2324
XI	CAPS II Viva Feliz	Serra Talhada	Rua Comandante Superior, 321 - Centro	(87) 3831-2980
XII	CAPS II Correia Picanço	Goiana	Rua Soledade, s/n – Centro	(81) 9-9268-6799

REDE DE CAPS III – (saúde mental com funcionamento 24h)

GERES	NOME DA UNIDADE	MUNICÍPIO/LOCAL	ENDEREÇO	FONE
I	CAPS III Espaço Azul	Recife/DS III	Avenida Norte, 3625 – Rosarinho	(81) 33554280
I	CAPS III Espaço Livrementemente	Recife/DS VI	Rua Waldemar Nery Carneiro Monteiro, 531- Setubal – Boa Viagem	33554284
I	CAPS III – 24hs Espaço Davi Capistrano	Recife/DS VI	R. Virginia Heráclio s/nº IPSEP.	(81) 34714209 / 5455 / 5775
I	CAPS III – Prof. Galdino Loreto	Recife/DS V	Av. Frei Atanásio, 364 jardim São Paulo	(81) 33554297 / 4296
I	CAPS III – Tereza Noronha 24h.	Paulista	Rua Presidente Costa e Silva,421 – Pau Amarelo	(81) 33725399
I	CAPS III – Abreu e Lima	Abreu e Lima	Rua Marcilio Dias,360 – Timbó	
IV	CAPS III – Crescendo com Dignidade	Caruaru	Rua Rio Formoso, S/Nº – Boa Vista II	(81) 983842952 / (81) 996964866
V	CAPS III CAPS de FLORES	Garanhuns	Rua-Manoel Alves Machado,S/N-Francisco Figueira	(87) 9-9921-2622
X	CAPS III – Dr. Hermes Canto	Afogados da Ingazeira	Rua Coronel Luiz de Gós, s/n Centro	(87)9-9957-0258

2. Leitos psiquiátricos em hospitais gerais e hospitais especializados, homologados e não-homologados ao Ministério da Saúde, em funcionamento:

LEITOS DE ATENÇÃO INTEGRAL EM HOSPITAL GERAL EM FUNCIONAMENTO

GERES	MUNICIPIO	HOSPITAL	Nº LEITOS
I	Recife	Hospital Geral de Areias	08
I	Jaboatão dos Guararapes	Hospital Jaboatão Prazeres	08
I	Vitória de Santo Antão	Hospital João Murilo de Oliveira	12
III	Palmares	Hospital Regional Sílvio Magalhães	08
IV	Caruaru	Hospital Regional Dom Moura	06
VI	Arcoverde	Hospital Rui de Barros	06
VII	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá	10
X	Afogados da Ingazeira	Hospital Regional Emilia Câmara	04
XI	Serra Talhada	Hospital Regional Prof. Agamenon Magalhães	04
XII	Goiana	Hospital Belarmino Correia	08
TOTAL			74

3. Residências ou comunidades terapêuticas, por município, homologadas e não-homologadas ao Ministério da Saúde, em funcionamento:

GERES	MUNICIPIO	SRT EXISTENTE	TIPO I	TIPO II
I	ABREU E LIMA	02	01	01
I	CABO	04	04	-
I	CAMARAGIBE	14	10	04
I	CHÁ GRANDE	01	01	-
I	IPOJUCA	01	01	-
I	JABOATÃO	04	04	-
I	MORENO	01	01	-
I	OLINDA	05	05	-
I	PAULISTA	03	02	01
I	RECIFE	50	43	07
I	SÃO LOURENÇO DA MATA	02	01	01
II	CARPINA	01	01	-
II	LAGOA DO CARRO	01	01	-
II	LIMOEIRO	01	01	-
II	PAUDALHO	01	01	-
III	BARREIROS	01	-	01
III	PALMES	01	01	-
IV	CARUARU	02	01	01
V	AGUAS BELAS	01	01	-
V	GARANHUS	02	01	01
VI	IBIMIRIM	01	01	-
XI	SERRA TALHADA	01	01	-
XII	TIMBAÚBA	02	02	-

4. Quantidade de usuários de saúde mental, por CAPS, por ano:

R: solicito que seja feito contato com os municípios desejados. Essa é uma informação de governabilidade municipal.

5. Quantidade de Atendimentos em emergências gerais e especializadas, UPAs, e SAMU, por causas psiquiátricas, por ano:

R: Resposta já descrita acima

6. Taxa de Ocupação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e especializados, por ano. Essa gerência não recebe essa informação:

R: Resposta já descrita acima

7. Financiamento da saúde mental do estado (por ente federativo), por ano;

R: Aguardando retorno do e-mail enviado ao Ministério da Saúde com essa solicitação.

8. Relação de medicamentos da farmácia básica, especializada e estratégica, em saúde mental, do estado e seu uso, por ano.

Resposta fornecida pela Diretoria Geral de Assistência Farmacêutica (DGAF/SEAS/SES).

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
Componente Básico da Assistência Farmacêutica	
Medicamento	Apresentação
1 Acido Valproico(Valproato de sodio)	250mg caps. e comp, 50mg/ml sol. oral, 50mg/ml xarope, 500mg comp.
2 Carbamazepina	400mg comp. e 20mg/ml sol. Oral
3 Carbonato de Lítio	300mg comp.
4 clonazepan	2,5mg/ml sol oral
5 Cloridrato de Amitriptilina	25mg e 75mg comprimido
6 Cloridrato de Biperideno	4mg comp. de liberação prolongada
7 Cloridrato de Clomipramina	10 e 25mg comp
8 Cloridrato de Clorpromazina	25mg, 100mg comprimidos, 5mg/ml injetável, 40mg/ml solução oral
9 Cloridrato de Dopamina	5mg/ml sol injetável
10 Cloridrato de fluoxetina	20mg caps. e comp.
11 Cloridrato de Naxolona	0,4mg/ml sol. Injetável
12 *Cloridrato de Prometazina	25mg comp. 25mg/ml sol. Injetável
13 Decanoato de Haloperidol	50mg/ml sol. Injetável
14 Diazepam	5mg/ml solução injetável e 5mg, 10mg comprimido
15 Fenitoina	100mg comp, 20mg/ml susp. oral, 50mg/ml sol. injetável
16 Fenobarbital	100mg/ml sol. Injetável, 100mg comp e 40mg/ml sol. Oral
17 Flumazenil	0,1mg/ml sol. Injetável
18 Haloperidol	1mg, 5mg comprimidos, 2mg/ml sol oral, 5mg/ml sol. Injetável
19 Lactato de Biperideno	5mg/ ml sol. Injetável
20 Levodopa+ Benserazida	100+25mg caps, 100+26mg comp, 200+50mg comp
21 Levodopa+ Carbidopa	200+ 50mg comp. 250+25mg comp
22 Midazolam	2mg/ml solução injetável
23 Cloridrato de Nortriptilina	25mg, 50mg e 75mg
24	
25	
26	
27	

OBS: Medicações com dispensação de governabilidade estadual.

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	
Medicamento	Apresentação
1 Clobazan	10mg, 20mg comp
2 Cloridrato de Amantadina	100mg comp
3 Cloridrato de Donepezila	5mg, 10mg comprimidos
4 Cloridrato de Metadona	5mg e 10mg comp, 10mg/ml sol. Injetavel
5 Cloridrato de Selegilina	5mg, 10mg comprimidos
6 Cloridrato de Triexifenidil	5mg comp.
7 Cloridrato de Ziprazidona	40mg, 80mg comprimidos
8 Clozapina	25mg, 100mg comprimidos
9 Dicloridrato de Pramipexol	0,125mg, 0,25mg, 1mg comprimidos
10 Entacapona	200mg comp.
11 Fosfato de Codeina	3mg/ml sol. Oral, 30mg e 60mg comprimidos, 30mg/ml sol. Injetavel
12 Gabapentina	300mg e 400mg comprimidos
13 Hemifumarato de Quetiapina	25mg, 100mg, 200mg e 300mg comprimidos
14 Levetiracetam	250mg, 750mg comp. e 100mg/ml sol. Oral
15 Olanzapina	5mg, 10mg comprimidos
16 Primidona	100mg, 250mg comprimidos
17 Risperidona	1mg/ml sol. Oral, 1mg, 2mg e 3mg comprimidos
18 Sulfato de Morfina	10mg/ml sol. Injetavel c/ 1ml, 10mg/ml sol. Oral c/ 60ml, 10mg e 30mg comprimidos, 30mg, 60mg e 100mg capsulas de liberaçao prolongada
19 Tolcapona	100mg comprimidos
20 Topiramato	25mg, 50mg e 100mg comprimidos
21 lamotrigina	25mg, 50mg e 100mg comprimidos
22 memantina	10mg comprimidos
23 Bromidrato de Galantamina	16mg, 24mg comprimidos
24 Rivastigmina	2mg sol. Oral, 9mg e 18mg adesivo transdermico, 10mg/ml sol. Injetavel
25 Vigabatrina	500mg comp

OBS: Medicações com dispensação de governabilidade estadual.

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica	
Medicamento	Apresentação
1 Cloridrato de Bupropiona	15mg comp. de liberaçao prolongada
2	
3	
4	
5	
6	
7	

OBS: Medicações com dispensação de governabilidade estadual.

9. Custos desses medicamentos, para o estado, por ano;

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica			
Nº	Medicamento	Apresentação	Valor Unitário Últimos Recebimentos (Respectivamente)
1	Clobazan	10mg, 20mg comp	R\$ 0,33 / 0,55
2	Cloridrato de Amantadina	100mg comp	R\$ 0,44
3	Cloridrato de Donepezila	5mg, 10mg comprimidos	R\$ 0,13 / 0,24
4	Cloridrato de Metadona	5mg e 10mg comp, 10mg/ml sol. Injetavel	R\$ 0,42 / 0,78 / NP
5	Cloridrato de Selegilina	5mg, 10mg comprimidos	R\$ 0,96 / NP
6	Cloridrato de Triexifenidil	5mg comp.	R\$ 0,21
7	Cloridrato de Ziprazidona	40mg, 80mg comprimidos	R\$ 2,48 / 3,68
8	Clozapina	25mg, 100mg comprimidos	R\$ 0,32 / 1,12
9	Dicloridrato de Pramipexol	0,125mg, 0,25mg, 1mg comprimidos	R\$ 0,17 / 0,48 / 1,65
10	Entacapona	200mg comp.	R\$ 1,71
11	Fosfato de Codeína	3mg/ml sol. Oral, 30mg e 60mg comprimidos, 30mg/ml sol. Injetavel	R\$ NP / 0,72 / NP / 26,8
12	Gabapentina	300mg e 400mg comprimidos	R\$ 0,47 / 0,50
13	Hemifumarato de Quetiapina	25mg, 100mg, 200mg e 300mg comprimidos	R\$ 0,45 / 2,12 / 4,29 / 1,50
14	Levetiracetam	250mg, 750mg comp. e 100mg/ml sol. Oral	R\$ 0,83 / 4,30 / 32,00
15	Olanzapina	5mg, 10mg comprimidos	R\$ 1,66 / 3,78
16	Primidona	100mg, 250mg comprimidos	R\$ 0,32 / NP
17	Risperidona	1mg/ml sol. Oral, 1mg, 2mg e 3mg comprimidos	R\$ 13,95 / 0,79 / 0,18 / 0,45
18	Sulfato de Morfina	10mg/mlsol.Injetavelc/1ml,10mg/mlsol.Oralc/60ml, 10mge30mgcomprimidos,30mg,60mge100mgcap sulasdeliberaçaoprolongada	R\$ 2,23 / NP / 1,08 / 0,98 / 2,48 / 1,87 / 2,33
19	Tolcapona	100mg comprimidos	NP
20	Topiramato	25mg, 50mg e 100mg comprimidos	R\$ 0,38 / 2,07 / 1,26
21	lamotrigina	25mg, 50mg e 100mg comprimidos	R\$ 0,26 / 0,40 / 0,82
22	memantina	10mg comprimidos	R\$ 0,26
23	Bromidrato de Galantamina	16mg, 24mg comprimidos	R\$ 4,03 / 7,88
24	Rivastigmina	2mgsol.Oral,9mge18mgadesivotransdermico,10mg/mlsol.Injetave	R\$ 202,79 / 4,25 / 8,16 / NP
25	Vigabatrina	500mg comp	R\$ 5,24

OBS: Medicções com dispensação de governabilidade estadual.

MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL			
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica			
Nº	Medicamento	Apresentação	Valor Unitário Últimos Recebimentos (Respectivamente)
1	Cloridrato de Bupropiona	15mg comp. de liberaação prolongada	R\$ 0,34
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

OBS: Medicções com dispensação de governabilidade estadual.

10. Quantidade de usuários inscritos no Programa de Volta para Minha Casa e em residênciaterapêuticas.

Aguardando retorno do e-mail enviado ao Ministério da Saúde com essa solicitação.

11. Quantidade de usuários, trabalhadores formais, por CAPS, por ano: R: demanda de governabilidade municipal.

12. Quantidade de usuários, trabalhadores informais, por CAPS, por ano: R: demanda de governabilidade municipal.

13. Quantidade de usuários de CAPS regularmente matriculados em instituições de ensino, porCAPS, por ano;
R: demanda de governabilidade municipal.

14. CAPS que fomentam empreendedorismo social para os usuários e quais ações desenvolvidas: R: demanda de governabilidade municipal.

Nos colocamos à disposição e agradecemos.

Atenciosamente,

Assessoria Técnica – GASAM Gerência de Atenção à Saúde Mental