



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO**

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA TELES

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

**FEIRA DE SANTANA - BA
2021**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO**

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA TELES

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistemas, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho.

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Teles, Milla Pauline da Silva Ferreira
T272a Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da
reforma psiquiátrica brasileira/ Milla Pauline da Silva Ferreira Teles. –
2021.
203f.: il.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Saúde mental. 3. Serviços
de saúde mental. 4. Políticas públicas de saúde. I. Coelho,
Thereza Christina Bahia, orient. II. Universidade Estadual de Feira
de Santana. III. Título.

CDU: 616.89

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA TELES

**AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-BA, 28 de abril de 2021.

Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Lígia Maria Vieira da Silva
Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Silvone Santa Barbara da Silva Santos
Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Dalva de Andrade Monteiro
Universidade Estadual de Feira de Santana

Aos meus pais, Dinalva e Sidailton, aos meus irmãos, Sávio e Alícia,
e ao meu amado esposo Andrei, razões das minhas conquistas.

Àqueles que sofrem de algum transtorno mental,
pois como dizia Lacan: “Não fica louco quem quer”.

AGRADECIMENTOS

“Eu sou a videira, vós, as varas; quem está em mim, e eu nele, este dá muito fruto, porque sem mim nada podereis fazer” João 15:5. É chegado o momento de agradecer àquele que, sem dúvida, permitiu e me concedeu sabedoria, força e perseverança para a realização desse importante projeto de vida. Muitas dificuldades surgiram nesse caminho, enfrentá-las, com êxito, foi graças ao Senhor Deus. Agradeço pela oportunidade de crescimento profissional e também como pessoa, por todo conhecimento adquirido, tenho certeza que encerro essa batalha muito mais forte que comecei.

Aos meus pais, Dinalva e Sidailton, agradeço pelo amor incondicional, por torcerem por mim em todas as etapas da minha vida. Me deram forças, estavam sempre ali me incentivando, mantendo a fé e tornando os dias difíceis em dias mais alegres. Serei eternamente grata, mais uma vez, por tamanho cuidado, carinho e dedicação.

Aos meus irmãos, Alícia e Sávio, parceiros em tudo na vida! Amo vocês! Agradeço por compreenderem minhas ausências durante essa jornada e por todo apoio nos momentos que mais precisei.

Ao meu esposo Andrei, que está sempre ao meu lado em todos os momentos, inclusive na carreira acadêmica e conhece muito bem os desafios desse processo. Agradeço pelo amor, cuidado e paciência nessa trajetória. Não posso deixar de agradecer pelas dicas, conselhos e por ter me ajudado diversas vezes nas análises e discussão dos dados.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Thereza Christina Bahia Coelho, grande profissional e exemplo de amor à profissão. Agradeço por confiar a mim a responsabilidade dessa pesquisa de tamanha importância para o campo da saúde mental. Agradeço pelas orientações, pela paciência e pelos ensinamentos essenciais para o desenvolvimento técnico-científico deste trabalho. Obrigada por tudo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UEFS com sua equipe de docentes, onde tive a oportunidade de aprender e desenvolver habilidades no campo da saúde coletiva com grandes mestres. À Goreth e Jorge, pela paciência e apoio em toda essa jornada.

Meus agradecimentos para a banca de qualificação formada pela Prof^a Dr^a Zulmira Hartz e Prof^a Dr^a Dalva Monteiro, por aceitar prontamente o convite de participação e pelas valiosas contribuições para o desenvolvimento do projeto de tese.

Agradeço à banca de defesa composta por grandes pesquisadoras da área como a Prof^a Dr^a Lígia Maria Vieira da Silva, a Prof^a Dr^a Mônica Nunes, a Prof^a Dr^a Silvone Santa Barbara Santos e a Prof^a Dr^a Dalva Monteiro, por dedicarem o seu precioso tempo para avaliar a tese e trazer importantes sugestões para a melhoria da pesquisa.

Aos colegas do Núcleo de Saúde Coletiva, em especial, a Jéssica e a Karole por terem me ajudado na coleta de dados.

Aos colegas do doutorado da turma 2017 e da turma de 2018, que compartilharam comigo muitos momentos de aprendizado, de amizade e por tornarem essa jornada mais leve.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro no primeiro ano de doutorado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio e incentivo à pesquisa através do PPGSC/UEFS.

Aos trabalhadores de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial, dos hospitais psiquiátricos, das residências terapêuticas e da Estratégia de Saúde da Família, sujeitos deste estudo, por participarem e contribuírem para a construção desse trabalho.

Aos colegas do Corpo de Bombeiros Militar de Santo Antônio de Jesus pela compreensão e apoio durante essa trajetória.

Aos demais amigos e familiares que de alguma forma contribuíram para a concretização dessa tese de doutorado, minha eterna gratidão!

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar,
só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira

RESUMO

Considerando a importância da articulação dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a continuidade do cuidado em saúde mental, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a RAPS no âmbito nacional, estadual e municipal no contexto da reforma psiquiátrica. O estudo foi realizado através de duas abordagens: quantitativa, para análise da evolução dos serviços da RAPS do SUS nacional; e avaliação da estrutura, processo e resultado de serviços da RAPS do estado da Bahia; qualitativa, para avaliação da RAPS na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental de um município de grande porte da Bahia. A pesquisa utilizou fonte de dados primários e secundários. Os dados quantitativos foram analisados através do cálculo de indicadores, tais como cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)/100.000 hab., taxa de ocupação de leitos psiquiátricos e leitos/1.000 hab. A avaliação, por sua vez, foi feita a partir da concepção sistêmica de Donabedian de estrutura, processo e resultado. Para o estudo de base qualitativa foram entrevistados 12 profissionais de saúde dos CAPS e hospital psiquiátrico. De modo geral, a maior parte dos municípios brasileiros (68,3%), com população menor que 20 mil habitantes, não contam com qualquer tipo de CAPS, além disso a cobertura de CAPS/100.000 hab. aponta para um “nó” importante na RAPS da Região Norte do país, uma vez que se concentrou estados com as coberturas mais baixas e menores taxas de leitos psiquiátricos/1.000 hab. O estudo de avaliação envolveu 28 CAPS, 04 residências terapêuticas e 45 Estratégias Saúde da Família (ESF). Os resultados apontaram que à estrutura mínima preconizada estava adequada em 71,4% dos CAPS, mas, parâmetros como horário de funcionamento e climatização, encontravam-se inadequados. Na ESF, o atendimento de saúde mental estava adequado em 75,6% das equipes. As residências terapêuticas possuíam os espaços preconizados, entretanto uma delas abrigava mais moradores do que previsto. Cerca de 80% dos serviços, estavam adequados quanto à confecção de Projeto Terapêutico Singular. A avaliação por parte dos profissionais da saúde mental, por seu turno, mostrou que hospitais psiquiátricos possuem uma estrutura precária, enquanto os CAPS foram descritos como espaços amplos. Constatou-se que ao mesmo tempo que os serviços de comunidade urgem com novas abordagens terapêuticas ainda se mantém o foco no tratamento medicamentoso. Percebeu-se que a descontinuidade dos cuidados e a não adesão ao regime terapêutico ocorrem quando os usuários são encaminhados para outros serviços da rede. É imperioso a ampliação dos serviços de base comunitária, mas faz-se imprescindível estimular a criação de espaços para o diálogo, a troca de saberes e a construção conjunta de projetos terapêuticos entre os pontos da RAPS, proporcionando aos usuários atenção integral e uma rede de apoio estruturada.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de Serviços de Saúde; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Considering the importance of articulating the services of the Psychosocial Care Network (RAPS) for the continuity of mental health care, this research aimed to evaluate the RAPS at the national, state and municipal levels in the context of Psychiatric Reform. The study was carried out using two approaches: quantitative, to analyze the evolution of the services of the national RAPS; and evaluation of the structure, process and result of services provided by RAPS in the state of Bahia; qualitative, for evaluation of RAPS from the perspective of mental health workers in a large municipality in Bahia. The research used primary and secondary data sources. Quantitative data were analyzed through the calculation of indicators, such as coverage of Psychosocial Care Centers (CAPS)/100,000 population, Occupancy rate of psychiatric beds and beds/1,000 population. The evaluation, in turn, was made based on Donabedian's systemic conception of structure, process and result. For the qualitative-based study, 12 health professionals from the CAPS and psychiatric hospital were interviewed. In general, most Brazilian municipalities (68.3%), with a population of less than 20 thousand inhabitants, do not have any type of CAPS, in addition to the coverage of CAPS/100,000 population points to an important "node" in the RAPS of the North Region of the country, since there were concentrated states with the lowest coverage and lowest rates of psychiatric beds/1,000 inhabitants. The evaluation study involved 28 CAPS, 04 therapeutic residences and 45 Family Health Strategies (ESF). The results showed that the recommended minimum structure was adequate in 71.4% of CAPS, but parameters such as opening hours and air conditioning were found to be inadequate. In the ESF, mental health care was adequate in 75.6% of the teams. Therapeutic residences had the recommended spaces, however one of them housed more residents than expected. Approximately 80% of the services were adequate for the preparation of a Singular Therapeutic Project. The evaluation by mental health professionals, in turn, showed that psychiatric hospitals have a precarious structure, while CAPS were described as large spaces. It was found that while community services are urgent with new therapeutic approaches, the focus on drug treatment remains. It was noticed that the discontinuity of care and non-adherence to the therapeutic regime occur when users are referred to other services in the network. Expansion of community-based services is imperative, but it is essential to encourage the creation of spaces for dialogue, the exchange of knowledge and the joint construction of therapeutic projects between the points of the RAPS, providing users with comprehensive care and a network of structured support.

KEYWORDS: Health Services Evaluation; Mental Health; Mental Health Services; Public Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil	33
Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS	38
Figura 3 - Modelo teórico para avaliação da Rede de Atenção Psicossocial	62

Artigo 1

Figura 1 - Distribuição da taxa de cobertura CAPS/100.000 hab. por estado no Brasil, nos anos de 2012 e 2018.....	103
Figura 2 - Evolução das transferências federais para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por município, no Brasil, nos anos de 2012 e 2017	106

LISTA DE GRÁFICOS

Artigo 1

Gráfico 1 - Distribuição dos leitos SUS de saúde mental em hospitais gerais e especializados no Brasil, de 2012 a 2018 98

Gráfico 2 - Evolução do número de municípios com CAPS, número de CAPS e municípios elegíveis no Brasil, de 2008 a 2018..... 101

Artigo 2

Gráfico 1 - Quantidade de parâmetros adequados por tipo de serviço, 2020 119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial no SUS	44
Quadro 2 - Abrangência e fontes de dados para alcançar os objetivos do estudo.....	68
Quadro 3 - Componentes gerais de avaliação da RAPS do estado da Bahia	70
Quadro 4 - Indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação dos CAPS	72
Quadro 5 - Indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação das Residências Terapêuticas.....	79
Quadro 6 - Indicadores de avaliação da estrutura, processo e resultado para avaliação da atenção psicossocial na ESF	82
Quadro 7 - Relação de documentos consultados.....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de estabelecimentos de saúde na Bahia, no ano de 2019 66

Tabela 2 - Distribuição de leitos SUS e não SUS no estado da Bahia, em 2019 67

Artigo 1

Tabela 1 - Evolução numérica dos serviços que compõem a RAPS do Brasil, 2012 a 2018 95

Tabela 2 - Indicador leitos/1.000 habitantes e média de leitos ocupados por Região e Unidade da Federação, Brasil, 2012-2018..... 99

Tabela 3 - Produção ambulatorial de procedimentos realizados pelos serviços extra-hospitalares por ano de atendimento, Brasil, 2013 a 2018 105

Artigo 2

Tabela 1 - Avaliação da dimensão estrutura organizacional dos CAPS, Bahia, 2020 121

Tabela 2 - Avaliação da dimensão da estrutura organizacional de saúde mental das equipes de ESF, Feira de Santana, 2020..... 124

Tabela 3 - Avaliação da dimensão da estrutura organizacional das Residências Terapêuticas, Bahia, 2020 126

Tabela 4 - Avaliação da dimensão da atenção psicossocial dos CAPS, Bahia, 2020.. 127

Tabela 5 - Avaliação da dimensão da atenção psicossocial das equipes de ESF, Feira de Santana, 2020..... 129

Tabela 6 - Avaliação da dimensão da atenção psicossocial do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Bahia, 2020..... 132

Tabela 7 - Avaliação do resultado das práticas dos CAPS, Bahia, 2020..... 133

Tabela 8 - Avaliação do resultado das práticas das equipes de ESF, Bahia, 2020..... 134

Tabela 9 - Avaliação do resultado das práticas das Residências Terapêuticas, Bahia, 2020 134

Tabela 10 - Avaliação da dimensão da articulação e integração da RAPS, Bahia, ano 2020 136

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ADCT – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias

APS – Atenção Primária à Saúde

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde Mental

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CECO – Centros de Convivência e Cultura

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIPAD – Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centros de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

eCR – equipes de Consultório na Rua

ESF – Estratégia Saúde da Família

HELRL – Hospital Psiquiátrico Lopes Rodrigues

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica

NUSC – Núcleo de Saúde Coletiva

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDRI – Plano Diretor de Regionalização e Investimentos

PNASH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PVC – Programa de Volta para Casa

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA – Unidade de Acolhimento

UAA – Unidades de Acolhimento Adulto

UAI – Unidades de Acolhimento Infantil

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO	35
4.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	35
4.2 Serviços substitutivos e o novo modelo de cuidado psicossocial.....	40
4.3 Prevenção de transtornos psiquiátricos e promoção da saúde mental: conceitos e práticas	48
4.4 Avaliação em saúde	54
4.5 Avaliação no campo da saúde mental	59
5 METODOLOGIA	63
5.1 Tipo de estudo	63
5.2 Lócus de investigação	64
5.3 Fonte de dados	67
5.4 Participantes do estudo	68
5.5 Instrumento de coleta de dados	69
5.6 Análise de dados.....	85
5.7 Aspectos éticos.....	86
6 RESULTADOS	88
6.1 Artigo 1	88
6.2 Artigo 2	113
6.3 Artigo 3	145
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	170
REFERÊNCIAS	171
APÊNDICES	182
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	183
APÊNDICE B – Questionário Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	184
APÊNDICE C - Questionário Estratégia de Saúde da Família (ESF)	188
APÊNDICE D - Questionário Residência Terapêutica	190

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista dos trabalhadores da saúde mental	192
ANEXOS.....	194
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.....	195
ANEXO B – Termo de anuência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)	201
ANEXO C – Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana	203

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da loucura¹ está presente na história da humanidade em toda e qualquer sociedade e tem sido representado de várias formas e com diversas interpretações. Desde o velho testamento aos estudos etnográficos das sociedades chamadas primitivas as referências a loucos são abundantes.

A loucura nem sempre foi considerada como algo negativo ou doença, pelo contrário, no período da Grécia Antiga era considerada até um privilégio. Alguns filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência da loucura como forma de obter acesso a verdades divinas e, por esse motivo, não estava totalmente identificada como a perda da razão. Durante todo o período da antiguidade e da Idade Média, o adoecimento mental era uma questão largamente privada, basicamente determinada pelos costumes e o poder público só intervindo em assuntos de direito. Os tratamentos médicos na Grécia e Roma antigas permaneceram como fenômenos localizados restritos aos poucos abastados, contrariamente às práticas populares e mágico-religiosas amplamente difundidos (RESENDE, 1992).

Nas sociedades pré-capitalistas aptidão e inaptidão para o trabalho não era um critério importante na determinação do “normal” e do “anormal”, como viria acontecer mais tarde. Foi justamente com o fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais, fundamentalmente na França revolucionária, que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura a categoria de problema social. Emerge um espírito de cálculo e lucro, defendido pelos empresários da época, que desembocava na ideia de que se deve viver para trabalhar (RESENDE, 1992).

Nesse sentido, a loucura vai se afastando do seu papel de reveladora da verdade, ocorrendo em vários âmbitos, o corte entre misticismo e razão (SILVEIRA; BRAGA, 2005; SALVALAGIO; FERNANDES, 2014). A percepção clássica não apenas pune a loucura enquanto desrazão, ela também sinaliza a loucura enquanto adoecimento, mantendo reclusos àqueles que eram considerados um mal à sociedade (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Uma doença não como as outras, já que os fatores desencadeantes são as causas morais da alienação mental, representadas pelo desequilíbrio entre as paixões. Nesse contexto, a ação da psiquiatria

¹ De acordo com Foucault (1979), a loucura nem sempre foi compreendida como doença mental e tampouco como objeto do trabalho médico. O conceito de loucura começou a se estruturar a partir do momento em que se delimitou a razão do que é a não razão, no qual o foco dos estudos era a lógica da exclusão dos loucos. Para Providello e Yasui (2013), com o surgimento da psiquiatria, a loucura cotidiana seria então caracterizada de acordo com a visão de mundo e o comportamento de cada um dentro de uma sociedade.

limitava-se à normatização do louco, que era concebido como capaz de se recuperar numa instituição isolada do restante da sociedade e através do uso de medicamentos específicos (SOARES, 2011).

Portanto, o louco ficou conhecido como àquele que tem atitudes consideradas fora da razão, sendo “o ‘fora’ o exterior ao homem, a estranheza da natureza, a transcendência do sagrado, a fúria da morte, o caos do mundo, ou seja, tudo o que hoje remete ao ininteligível, ao irracional, à desrazão, ao caos” (PROVIDELLO; YASUI, 2013, p. 24). Mais tarde, o termo transtorno mental é utilizado nos sistemas de classificação da psiquiatria em substituição aos termos “doença” e “enfermidade”, sendo caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas relacionados a distúrbios na cognição, controle emocional ou comportamental que resultam em disfunções psicológicas, biológicas e de desenvolvimento do indivíduo. Os distúrbios citados estão associados, na maioria das vezes, ao prejuízo pessoal, familiar, social, educacional, dentre outras áreas (CID-11, 2021).

Os asilos, locais que passaram gradativamente a abrigar os loucos com a finalidade de separá-los das demais categorias que necessitavam de internamento no período clássico, transformou-se em uma experiência trágica da loucura. Ao invés de um lugar social e de cuidado, sendo seu discurso portador de uma verdade, o asilo encarcerou, e resultou em um local de morte, exclusão, violência e falta de sentido (FOUCAULT, 1979; ALMEIDA, 2002).

As críticas em torno da estrutura asilar e da cronificação dos pacientes surgiram no período pós Segunda Guerra Mundial, por volta dos anos 50, dando início às Reformas Psiquiátricas. O movimento introduziu novas abordagens terapêuticas, buscando como recurso a comunidade e enfatizando a ideia de prevenção dos transtornos mentais, a fim de alcançar a promoção da saúde mental. Em relação aos países pioneiros deste movimento, destacaram-se a França, os Estados Unidos, a Inglaterra e a Itália (CARVALHO et al., 2010; SOARES, 2011).

Dentre as experiências internacionais de reforma psiquiátrica, realizadas em momentos distintos, cabe ressaltar a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Preventiva, a Psiquiatria de Setor, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. As reformas psiquiátricas que tiveram como foco a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional limitaram as ações ao espaço intra-hospitalar, mas buscavam uma crítica, até certo ponto, radical ao papel normatizador da psiquiatria, sem a inserção efetiva na comunidade. As experiências da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, ao contrário das anteriores, enfatizaram os recursos extra-hospitalares, entretanto, não superaram completamente o paradigma hegemônico da psiquiatria. Os movimentos da Antipsiquiatria e Psiquiatria

Democrática, por sua vez, questionaram o modelo hospitalocêntrico e focaram suas discussões nas relações entre a psiquiatria e a sociedade (AMARANTE, 1995; SOARES, 2011).

Esta última experiência, ocorrida na Itália, foi considerada como marco mundial do movimento que viria a influenciar outros países, especialmente o Brasil. A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)², movimento que se iniciou a partir da década de 70, é dotada de caráter transdisciplinar, intersetorial e consiste em um processo social bastante complexo. Tida como uma das mais importantes e originais do mundo, não se trata de uma simples reorganização do modelo assistencial, o que significa dizer que estariam materializando-se vários processos em locais e momentos históricos distintos, que aos poucos vêm reconstruindo a saúde mental nos moldes da reforma (LANCETTI; AMARANTE, 2012; AMARANTE; NUNES, 2018).

A RPB traz na sua essência a mudança do modelo de atenção à saúde mental que prevê a criação da rede substitutiva e a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços de comunidade, prevalecendo o respeito aos direitos e liberdades das pessoas portadoras de transtornos mentais. Além disso, a RPB com seus componentes de combate ao estigma, visa a elaboração de novas referências conceituais para a questão da loucura, do sofrimento mental e seu tratamento, com vistas ao protagonismo e cidadania de usuários e familiares (BRASIL, 2007; SILVA; MELO; ESPIRIDIÃO, 2012).

Contudo, a preocupação com a saúde mental, no Brasil, manifesta-se legalmente a partir da Constituição Federal de 1988, no contexto de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), que produziu instrumentais para o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; ANTUNES; QUEIROZ, 2007; AMARANTE, 2012).

O movimento em prol da reforma intensificou as discussões acerca da cronificação dos pacientes, do sistema asilar, da ênfase no modelo biomédico, da não reinserção social, da violação dos direitos humanos e da cidadania, fazendo surgir iniciativas políticas, científicas e sociais, que contribuíram para a formulação de estratégias voltadas para a valorização do cuidar e para uma nova forma de pensar o processo saúde-doença do indivíduo com transtorno mental (CAMPOS; SOARES, 2003; JORGE et al., 2011; NÓBREGA et al., 2017).

Em 1989, já se difundia amplamente a problemática da saúde mental nas diversas instâncias de controle social. Como resultado, tem-se o Projeto de Lei nº 3.657/89 de Paulo

² O Ministério da Saúde define o processo de Reforma Psiquiátrica como sendo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2007, p. 63).

Delgado, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, essa lei só foi sancionada em 2001, após mais de 12 anos em tramitação no Congresso Nacional. A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que substituiu o Projeto de Lei nº 3.657, representou um marco para a saúde mental, pois forneceu a base legal que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (BRASIL, 2001; ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Diferentemente da Lei 180 de 1978 da Itália, a Lei nº 10.216 de 2001 não conseguiu extinguir totalmente os manicômios no Brasil.

Com as mudanças ocorridas a partir da RPB, os profissionais de saúde passaram a estar cada vez mais imbricados com a saúde mental. Ou seja, os novos dispositivos de cuidado incluíram outras categorias profissionais, como osicineiros, responsáveis pela realização de oficinas terapêuticas nos espaços extra-hospitalares, além das categorias profissionais já existentes, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psicopedagogos, dentre outros. As ações foram ampliadas para a atenção primária e outras áreas, convocando todos para cuidarem e atenderem onde habitam as pessoas com sofrimento mental: junto à sua família e comunidade (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

A desinstitucionalização tornou-se a principal estratégia prática de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade, ou seja, o deslocamento da ênfase nas violações dos direitos humanos e na segregação da pessoa adoecida para o cuidado na comunidade. A sintetização de uma nova política de saúde mental, portanto, buscou a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio, a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico, além da transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos (HIRDES, 2009).

Neste sentido, a atenção básica, impulsionada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde passou a atender também aquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 60% das pessoas que buscam a atenção primária para consultas têm uma perturbação mental diagnosticável (WHO, 2008). Pelo fato das ações serem desenvolvidas em um território³ geograficamente conhecido, os profissionais de saúde estão mais próximos das

³ O território é definido pelo Ministério da Saúde como um componente fundamental na organização dos serviços da Atenção Básica, pois é a partir dele que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de saúde. Entretanto, a noção geográfica de território limitada ao espaço físico com limites precisos, não é suficiente para dar conta da sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. Para tanto, duas concepções podem ser consideradas, a saber a noção de território-vivo, na qual considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios e a noção de territórios existenciais, que representam espaços e processos de circulação das subjetividades, individuais e coletivas, que se (re/des)configuram a partir das relações estabelecidas entre pessoas e grupos sociais (BRASIL, 2013).

peças e de seus familiares, conhecendo, dessa forma, sua história de vida, seus vínculos com a comunidade, onde moram, bem como outros elementos do seu contexto sociocultural que, sem dúvida, podem influenciar ou atenuar o transtorno mental (TANAKA; RIBEIRO, 2009; BRASIL, 2013).

Todavia, importa assinalar que o sistema de saúde mental brasileiro ainda se encontra em um processo de transição paradigmática. Por um lado, houve a ampliação das possibilidades de desinstitucionalização através de dispositivos substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial – De Volta Para Casa. Por outro, o próprio hospital psiquiátrico continua em funcionamento. Além disso, o quadro de pessoal reduzido para a área de saúde mental tem feito com que grande parte dos trabalhadores atue concomitantemente nos serviços hospitalares e substitutivos, aumentando a possibilidade de reprodução das ações negativas do hospital psiquiátrico nesses espaços extra-hospitalares (REBOUÇAS et al., 2008; JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

Segundo Hirdes (2009), os novos serviços necessitam de profissionais capacitados para operar dentro de novas estratégias, uma vez que, as mudanças no nível de reformulação do modelo de assistência não se darão apenas por meio de medidas de cunho legislativo. Assim, as rupturas realizadas nos microespaços e através da desconstrução do modelo manicomial fortemente arraigado nos profissionais e no senso comum são, essencialmente, as medidas mais urgentes para a solidificação da nova política de saúde mental.

No processo de ampliação da reforma psiquiátrica surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cujo objetivo foi criar, ampliar e articular diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a intersetorialidade, encontra na ideia de colaboração, compartilhamento e diálogo entre os diversos setores, o fundamento real para organização das redes de atenção. A parceria entre os serviços públicos de saúde, de diferentes complexidades, usuários e familiares, requer modos de operação baseados no reconhecimento e legitimidade dos variados saberes envolvidos, outrossim da instauração de processos de trabalho inovadores que superem formas tradicionais de articulação, em que serviços dialogam, mas não produzem mudanças expressivas na realidade (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Para o êxito da RAPS, componente estrutural da reforma psiquiátrica no Brasil, o uso dos recursos da comunidade, a articulação intersetorial e a apropriação dos espaços do território

são fundamentais. A inserção da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos maiores desafios para a consolidação e funcionamento da rede. Ações de cuidado são incipientes na atenção básica, o que é atribuído pelos profissionais, na maioria das vezes, à falta de capacitação em saúde mental e às dificuldades originadas do processo de trabalho, como a grande demanda para atender em pouco tempo e as metas assistenciais pré-estabelecidas que não priorizam a saúde mental (NÓBREGA et al., 2017; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Considerando que os CAPS são primordiais para o ordenamento da rede de saúde mental, surge uma preocupação com relação ao risco de manicomialização destes serviços, uma vez que tem sido observada uma integração multidisciplinar insuficiente, redução na oferta de atividades grupais e aumento da rotina de atendimentos de forma agendada. Neste sentido, nota-se que esses serviços estão cada vez mais aproximando-se dos “ambulatórios” de saúde mental, dificultando sobretudo a qualificação da atenção, o trabalho efetivo em rede e a reinserção social dos usuários (JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

Existem evidências de que a maioria das pessoas com transtornos mentais não busca tratamento, o que torna premente a necessidade de ampliação das práticas de reabilitação psicossocial, bem como de melhorias no acesso a esses serviços, haja vista a crescente efetividade dos tratamentos desenvolvidos pelas novas modalidades terapêuticas já comprovadas por vários estudos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; LUZIO; L'ABBATE, 2009; PITTA, 2011; ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

As razões pelas quais as pessoas com algum transtorno mental não utilizam os serviços variam desde a persistência do estigma da loucura, até o desconhecimento do transtorno, o medo, o preconceito e mesmo a falta de serviços preparados para o atendimento psiquiátrico (REBOUÇAS et al., 2008). Cabe salientar, que os novos modelos de caráter substitutivo não garantem, por si só, a superação da exclusão e da rejeição em relação aos problemas mentais, posto que ainda subsistem uma série de estigmas negativos na cultura da sociedade atual (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; DUARTE et al., 2018).

Vários movimentos discutem o uso de rótulos aplicados aos indivíduos considerados desviantes pela sociedade (BECKER, 2008; CARVALHO et al., 2010). A Psiquiatria Transcultural, a partir de estudos antropológicos afirma que o comportamento desviante depende das atitudes da coletividade. No entanto, a moderna sociedade capitalista vai se utilizar dos instrumentais de controle da psiquiatria e mesmo da psicanálise para intervir cada vez mais na vida dos cidadãos cuja esfera extrapola o campo da saúde mental e se expande para uma

diversidade de emoções e de comportamentos, tais como, os conflitos, as insatisfações, as inaptações e tudo que possa ser considerado anormal ou patológico (BASAGLIA, 1991).

Com a política macroeconômica atual marcada pela redução de investimentos no setor saúde a despeito do acréscimo de demandas, não se pode deixar de considerar os impactos da crise econômica e social na determinação e, conseqüentemente, aumento das variadas formas de sofrimento psíquico. Nesse contexto, faz-se necessário ponderar questões emergentes como: a legião de jovens desempregados com alterações de imagem e autoestima; conseqüente marginalização e empobrecimento da população como estímulo para a violência; questões de sobrecarga, vínculo empregatício ou até mesmo o trabalho informal, que podem causar preocupações e estresse; além de outros aspectos a serem observados a partir de cada contexto (MAZZAIA, 2018).

No Brasil, conforme dados apresentados pelo Ministério da Saúde, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais do tipo graves e persistentes, sendo que 6% apresentam transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento especializado. Quanto à utilização dos serviços pelos adoecidos, estima-se que apenas 13% buscam atendimento psiquiátrico, com o agravante de que a maior parte dos recursos é destinada aos serviços de internação hospitalar em detrimento dos serviços de base comunitária. Ademais, os serviços hospitalares possuem capacidade limitada e não têm condições de atender nem de maneira quantitativa, sequer qualitativa, às necessidades de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2007; MAZZAIA, 2018).

Apesar dos enormes desafios no campo da saúde mental, no país, quanto à efetivação dos novos modelos substitutivos, ao sistema de cuidado abrangente e integrado, à tendência crescente dos transtornos mentais comuns, dentre outros, é imperativo reconhecer também os avanços ocorridos a partir da reforma (PITTA, 2011; FONSECA et al., 2017). A expressiva redução de leitos é um deles: dos 80 mil na década de 1970 para 23.092 leitos SUS, em 2018. Considerando o investimento nos serviços de atenção psicossocial, em 2018, já haviam sido implantados mais de 3 mil CAPS e alcançaram uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes (AMARANTE; NUNES, 2018; CNES, 2018).

Em que pese o crescimento na quantidade de serviços substitutivos, cabe frisar que o processo de implantação e funcionamento da RAPS, a partir da RPB, tem se dado de modo distinto em todo território nacional, sendo importante uma análise aprofundada desse processo por estudos em nível local, de forma a captar suas singularidades (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Nessa perspectiva, a configuração dos novos serviços que pretendem romper com a lógica tradicional de assistência em saúde mental colocou em evidência, entre outros aspectos,

a necessidade de avaliação dessas estruturas alternativas que atendem aos problemas de ordem psíquica na própria comunidade e dos programas de reabilitação social vigentes (ALMEIDA, 2002; SURJUS; CAMPOS, 2011). Além do mais, vive-se no país um momento ímpar de mudança no âmbito da desconstrução da lógica institucional nos aspectos político, jurídico, ideológico, social e cultural (AMARANTE, 2012; MAZZAIA, 2018).

Uma revisão sistemática da produção científica brasileira sobre avaliação de serviços em saúde mental, efetuada por Costa et al. (2015), encontrou trabalhos referindo atividades e projetos terapêuticos estabelecidos sem abarcar necessidades dos usuários; delimitação de papéis rígidos; sobrecarga profissional; atuação isolada de alguns profissionais, em especial os psiquiatras; e falta de conhecimento sobre o próprio modelo de cuidado dos CAPS. Mas, apareceram também indícios de aumento da oferta, ampliação do leque de intervenções e mais ações extramuros. Os autores ainda pontuaram que as avaliações têm se concentrado nas regiões Sul e Sudeste restando muitas indagações e a necessidade de exploração de outras regiões.

Abreu, Miranda e Murta (2016), ao realizarem uma revisão sistemática da literatura sobre a avaliação de programas realizados no Brasil, em 2012, apontaram vários desafios em relação à pesquisa em saúde mental no país, como a necessidade de estudos com foco nos programas preventivos em saúde mental, bem como na expansão das pesquisas para regiões menos favorecidas. O fato é que as características das ações e serviços voltados para a prevenção do sofrimento ou transtorno mental e para a promoção da saúde mental, no país, e seus resultados, ainda são desconhecidos.

Desse modo, a execução deste projeto possibilitará a compreensão de uma realidade acerca dos serviços de saúde mental, ainda não inteiramente revelada. Ademais, a discussão desse importante objeto de estudo permitirá uma reflexão crítica sobre as políticas que têm orientado o funcionamento da RAPS, no Brasil, a partir da RPB, além de contribuir para a reorganização dos serviços locais de saúde mental, haja vista as dificuldades ainda vivenciadas pelos municípios e estados em implementar os serviços substitutivos e ações voltadas a prevenção e promoção da saúde mental.

Assim, este projeto de tese visa responder os seguintes questionamentos: Como está organizada e estruturada a RAPS? Como a RAPS tem incorporado os pressupostos e as normas da RPB na organização da rede, na oferta de serviços e no cotidiano das práticas? Como os trabalhadores da saúde mental avaliam os serviços e a funcionalidade da RAPS?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito nacional, estadual e municipal no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a evolução dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial nacional;
- Avaliar serviços da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica: estrutura, processo e resultado, no estado da Bahia;
- Compreender a percepção dos trabalhadores da saúde mental acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de um município de grande porte do estado da Bahia.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O enclausuramento dos loucos, assim como dos pobres, doentes, prostitutas, alcoólatras e desempregados, nos hospitais, em meados do século XVII, tinha basicamente a finalidade de esconder a miséria decorrente da crise econômica em que viviam os países europeus. A intenção do internamento dessas pessoas não visava a cura, tampouco tinham profissionais especializados para prestar a assistência. Tratava-se de um espaço de exclusão social, na forma de pavilhão, constituído por entidades religiosas e pessoas leigas que ofereciam ações de caridade (FOUCAULT, 1979; DESVIAT, 2002).

Os mecanismos de exclusão dos loucos já existiam desde a Idade Média, porém nesse período a loucura não era percebida como um fenômeno que demandasse um saber específico, uma vez que eram apenas retiradas do convívio social as pessoas que não se adaptavam a ele. Na Idade Clássica, o enclausuramento do louco fazia parte de um movimento de separação entre razão e desrazão, o qual é marcado pela criação do Hospital Geral de Paris, em 1656. Os hospitais gerais, herdeiros dos antigos locais onde eram colocados os leprosos, tornaram-se depósitos de loucos, que por serem incompatíveis com a razão e a moral deveriam ser penalizados, excluídos e silenciados (SILVEIRA; BRAGA, 2005; SALVALAGIO; FERNANDES, 2014).

Ao longo do século XVIII, o hospital foi adotando gradativamente a função terapêutica, dando lugar à prática médica, que além de realizar as visitas e os procedimentos, ditava as normas para a construção dos novos hospitais. A clínica agora aparece como dimensão principal do hospital (FOUCAULT, 1979). Ocorreram ainda modificações quanto ao internamento, cujo principal mentor foi Philippe Pinel, médico considerado o pai da psiquiatria, que após separar os doentes por tipo de enfermidade, identificou os que ele denominou de alienados, ou seja, os loucos (ALMEIDA, 2002; OLIVEIRA; ALESSI, 2005; LANCETTI; AMARANTE, 2012).

A partir daí a loucura passou a ser considerada doença mental – conforme determinação da época. Uma doença não como as outras, já que os fatores desencadeantes são as causas morais da alienação mental, representadas pelas paixões do tipo negativas, que incluem desgosto, ódio, terror, ciúme, inveja, e pelas paixões positivas, tais como, alegria e amor. Assim, dentre as primeiras terapêuticas instituídas destacaram-se os tratamentos morais com o objetivo de reeducar a mente que sofreu modificações, ou seja, alienada em função de um desequilíbrio entre as paixões. As principais precipitadoras das desordens mentais seriam então as influências externas, ou seja, o meio social que o louco habitava. Por esse motivo, isolar o enfermo do meio

que lhe causava a doença passou a ser uma exigência para a aplicação do tratamento moral (ALMEIDA, 2002, ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Segundo autores como Jacobina (1982), Pinheiro (1980), Resende (1992) e, posteriormente, Amarante (1995), essas circunstâncias levaram ao surgimento dos manicômios como lugar de tratamento individualizado e cuidado para os loucos, a fim de retirá-los do hospital geral, que segundo Pinel, os aprisionava. Mas, a eficácia desses espaços logo foi questionada. O asilo, como eram chamados os hospitais psiquiátricos da época, transformou-se em um local onde predominava a violência, os maus-tratos, a exclusão e a violação dos direitos humanos. Diante dessas evidências, ao final da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um período de propostas de mudanças para transformar a prática da psiquiatria como também os asilos, dentro da lógica de uma sociedade mais livre, igualitária e solidária. E, assim, começaram os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica.

Ademais, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos, a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições de psiquiatria foram elementos propulsores para o redimensionamento das práticas de assistência à loucura, cujo objetivo era questionar o papel e a natureza tanto da instituição asilar como do saber psiquiátrico (ALMEIDA, 2002; SILVA; PAULA JÚNIOR; ARAÚJO, 2018).

Para Desviat (2002), cada país de acordo com seu sistema sanitário e suas características sociopolíticas deu início a uma Reforma Psiquiátrica distinta. Dentre as experiências mais exitosas, destaca-se a transformação do modelo assistencial psiquiátrico que ocorreu na Itália, a partir da década de 70. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, postulou uma série de mudanças em Trieste, que resultou na Lei 180, também chamada de Lei Basaglia, aprovada em maio de 1978, que preconizava o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por serviços na comunidade. Almeida (2002) caracteriza o movimento da psiquiatria democrática italiana como a mais original e radical proposta de desinstitucionalização, sendo referência para reformulação da assistência à saúde mental em todo o mundo.

A Lei Basaglia proporcionou instrumentos valiosos para a reforma psiquiátrica, ao estabelecer medidas concretas que provocaram diversos conflitos, mas também importantes transformações (LANCETTI; AMARANTE, 2012). A Lei foi dura ao proibir definitivamente a construção de novos hospitais psiquiátricos e de se realizarem novas internações, mas após sua promulgação o número de leitos e internações reduziu drasticamente. Segundo Desviat (2002), entre 1978 e 1981, houve uma diminuição de 30% dos leitos e de cerca de 44% das internações.

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica começou no final dos anos 1970, no contexto da redemocratização. A RPB foi influenciada pelas propostas que se apresentavam efetivas na Europa e nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária (PAULIN; TURATO, 2004).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) deu início a uma série de movimentos em prol da reforma no país. O MTSM, movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge em 1978. É sobretudo este movimento o responsável por protagonizar, a partir deste período, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e construir reflexões críticas ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a).

Alguns eventos, que contaram com a participação do MTSM e atores da Reforma Psiquiátrica internacional, marcaram o processo aqui no Brasil. O primeiro foi o I Simpósio Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado no Rio de Janeiro em 1978, em seguida ocorreu o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, Santa Catarina, no mesmo ano. No ano seguinte, ocorreram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria (KALIL, 1992; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2012).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), evento que reuniu representantes da população, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores para estabelecer a base legal para institucionalização do SUS, ocorreu a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), no estado do Rio de Janeiro, dando lugar ao debate sobre o fracasso dos hospitais e da necessidade de modelos substitutivos de atenção à saúde mental. Nesse mesmo ano, foi realizado o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, que introduziu o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio), no Brasil. Não esgotando os marcos da Reforma Psiquiátrica no ano de 1987, foi criado, em São Paulo, o primeiro CAPS, inaugurando os serviços de ação comunitária no país (ALMEIDA, 2002; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2012).

É importante destacar que a partir do segundo congresso o movimento “Por uma Sociedade sem Manicômios” vai deixando de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, composto não apenas pelos loucos e seus familiares, mas também por outros ativistas da área de direitos humanos. O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA),

como ficou conhecido, passou a ter expressiva participação nas conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde mental, audiências públicas, além de organizar núcleos nas capitais e em praticamente todas as grandes cidades brasileiras (AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 1989, o deputado federal Paulo Delgado lança o Projeto de Lei que previa a extinção progressiva dos manicômios bem como sua substituição por outros dispositivos extra-hospitalares. Entretanto, esse projeto só foi sancionado 12 anos mais tarde, em 2001 (KALIL, 1992; AMARANTE, 1995; ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Em 1990, os países da América Latina, incluindo o Brasil, aprovaram em Caracas, um projeto de reestruturação da atenção psiquiátrica para a América Latina, gerando uma ampla atualização da legislação vigente e a sensibilização para a necessidade de transformação, com urgência, do funcionamento dos serviços de saúde mental (DESVIAT, 2002; BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Após esse período, aos poucos as inovações foram se consolidando, e novas propostas de âmbito nacional, de acordo com as linhas da RPB, foram sendo implementadas em todo o país com o propósito de resgatar a cidadania e os direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental (ALMEIDA, 2002; ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

No ano de 1999, a Portaria GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999, já havia implantado o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, para garantir legalmente o tratamento medicamentoso das pessoas com transtornos mentais. No ano 2000, foram criados os SRT, através da Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, para acolher o portador de transtornos mentais que vem de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Em relação ao controle social, em 2001, foi realizada após menos de um ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 06/04/2001), a IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental que teve como tema “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”. Neste clima de mobilização no campo da saúde mental, no relatório da IIIª Conferência foram aprovadas propostas de agilidade no processo de extinção dos hospitais psiquiátricos, bem como que todos os leitos desses hospitais fossem extintos até 2004, a fim de consolidar o projeto de uma “Sociedade sem Manicômios” (NUNES et al., 2019).

Em 2002, novos parâmetros para o setor ambulatorial foram acrescentados, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo a rede de CAPS de portes diferenciados a partir de critérios populacionais por meio da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Passaram a existir, portanto, o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi

(infanto-juvenil) e CAPS AD (álcool e drogas) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; AMARANTE; NUNES, 2018).

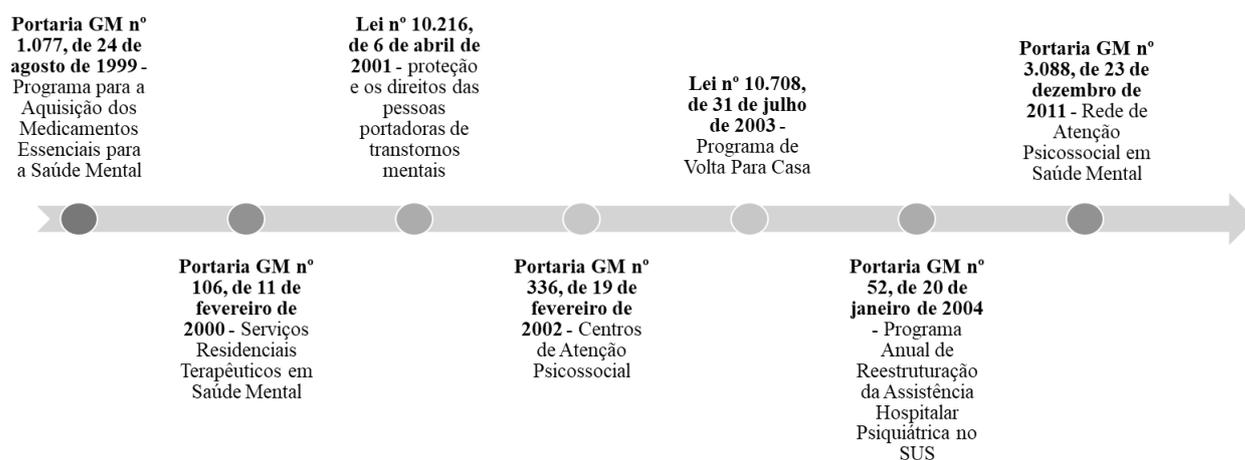
O governo federal, em 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações com a aprovação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Esse auxílio inaugura um novo patamar na história do processo da RPB, uma vez que além de impulsionar a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospitais, possibilita a inserção da pessoa na vida em sociedade e estimula a expansão dos programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental. (BRASIL, 2004).

No ano seguinte foi implantado o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PNASH/Psiquiatria) – através da Portaria GM nº 52/2004 – que possibilitou, entre outros aspectos, a avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS, e, por conseguinte, a redução progressiva de leitos (BRASIL, 2004).

Em 2010, a realização da IVª Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial reforça a necessidade de manter o caráter efetivamente público da Política de Saúde Mental, contrapondo-se a todas as formas de terceirização ou privatização da gestão dos serviços de saúde mental. Além do mais, em seu relatório, o controle social se manifesta a favor da implantação de leitos em hospitais gerais e contra o incentivo de recursos financeiros aos hospitais psiquiátricos (NUNES et al., 2019).

Finalmente, em 2011 foi instituída a RAPS pela Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, promovendo a ampliação do acesso à atenção psicossocial e a articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àquelas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com a rede instituída, os serviços passaram a atuar de forma integrada, garantindo o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências (BRASIL, 2011a). Na Figura 1 é possível observar a evolução do marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Apesar da importância da implantação da RAPS e das mudanças que redefiniram a política pública de saúde mental é relevante destacar que, nos últimos anos não tem sido definidos recursos orçamentários para as atividades de cultura, trabalho e geração de renda, tampouco, legislações para aprimorar a reinserção social dos usuários e estimular os serviços de promoção e prevenção em saúde mental, revelando assim, a pouca importância dada a tais iniciativas por parte da atual força política (AMARANTE; NUNES, 2018).

Figura 1 - Evolução do marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Fonte: Elaborado pela autora.

A despeito dos avanços observados até 2011, sinais de retrocessos da Reforma Psiquiátrica têm sido evidenciados a partir de 2017 com a Portaria nº 3.588/2017 que insere o hospital psiquiátrico a RAPS, aumenta o incentivo financeiro para internações por mais de 90 dias, incentivando, dessa forma, as internações e caminhando na contramão da reforma, que tinha como meta extinguir os leitos em hospitais psiquiátricos até ano 2004, conforme relatório da IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 (NUNES et al., 2019).

Somado a essa portaria, foi publicada a Nova Política Nacional de Saúde Mental através da Nota Técnica nº 11/2019, elaborada sem participação e discussão com as instâncias de controle social. A Nota Técnica de 2019 fortalece o modelo hospitalocêntrico, centrado no médico psiquiatra, enfatiza a utilização de tecnologias duras, como psicofármacos, cirurgias remotas e tratamentos obsoletos, como a eletroconvulsoterapia, além de incluir como ponto de atenção na RAPS as chamadas Comunidades Terapêuticas e manifestar incentivo aos ambulatorios especializados em psiquiatria (CRUZ; GONÇALVES; DELAGADO, 2020).

As Comunidades Terapêuticas trazem na sua essência o arcaico tratamento moral (de normalizar o louco), isolando-o do convívio com a família e a comunidade, através da privação de liberdade e com promessas de cura através de cultos religiosos para a questão do uso de álcool e outras drogas. Essas instituições acabam reproduzindo práticas manicomialis que o movimento pela luta antimanicomial e a própria Reforma Psiquiátrica visam superar (PITTA; GULJOR, 2019).

Quanto ao incentivo à expansão dos ambulatorios, vale destacar que esses serviços podem dificultar ainda mais a atuação em rede e culminar no simples encaminhamento para

especialistas, além de servirem de base para a captação de mais psicofármacos e de se limitarem a uma atenção focalizada e reducionista. Essas mudanças político-legais no que tange à política pública de saúde mental no Brasil, os autores contemporâneos ressaltam como efeitos de uma Contrarreforma Psiquiátrica, bem como apontam para a necessidade de retomada da efervescência dos movimentos sociais e espaços de debate sobre os enormes desafios da atenção psicossocial (PITTA; GULJOR, 2019; NUNES et al., 2019).

Na Bahia, em meados de 2017, foi anunciada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) a proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos públicos ainda existentes no estado, instituindo através da Portaria SES/BA nº 415 de 31 de março de 2017 a Comissão Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia (CIPAD). A comissão incluiu representantes gestores das unidades, das Secretarias Municipais de Saúde, profissionais, usuários, familiares, representantes das universidades públicas do estado, e outros representantes afins, para a construção coletiva dos planos operativos (BAHIA, 2018; NUNES et al., 2019).

Como resultado, foi publicado, em novembro de 2018, o Plano de Desinstitucionalização da Bahia, composto por um diagnóstico situacional das regiões de saúde da Bahia e por ações de desinstitucionalização a serem executadas, além de prioridades para implementação de serviços da RAPS no estado (BAHIA, 2018). Ainda em 2018, foi publicada a Portaria nº 543 de 10 de maio de 2018, que estabelece incentivo financeiro estadual para custeio mensal de CAPS das modalidades CAPS III e CAPS AD III, além disso foi aprovada a Portaria nº 33 de 09 de janeiro de 2019, que institui incentivo financeiro estadual mensal e provisório para implantação e custeio de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) da modalidade tipo II (NUNES et al., 2019).

Apesar desses esforços, os hospitais psiquiátricos continuam em funcionamento e indícios de uma Contrarreforma no estado da Bahia também têm sido evidenciados (NUNES et al., 2019). A Reforma Psiquiátrica em todo o país é um processo dinâmico que ora avança, ora recua, e os espaços de controle social, através da discussão, de debates e com a participação de vários segmentos da sociedade, são o pontapé para a transformação das práticas, e mais ainda, são corresponsáveis por sustentar as conquistas históricas na saúde mental. Dessa forma, depois de 10 anos sem uma conferência e diante dos ataques recentes a Política Nacional de Saúde Mental, a realização da Vª Conferência Nacional de Saúde Mental urge como uma prioridade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Para avaliar a RAPS é imperativo estabelecer algumas conceituações necessárias para o desenvolvimento da presente investigação. Dessa forma, o referencial teórico será constituído pelos aspectos conceituais acerca da RAPS, pela abordagem sobre os serviços substitutivos e a constituição de um novo modelo de cuidado em saúde mental, pelos conceitos de prevenção de transtornos psiquiátricos e promoção da saúde mental e pelo referencial de avaliação em saúde e no campo da saúde mental.

4.1 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) remontam à década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dalson, documento que define a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados e hierarquizados de saúde, cujo serviços deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada e integrada que atendesse às necessidades da população (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011).

Mais tarde, na década de 90, houve uma retomada da discussão da organização em rede nos Estados Unidos, sinalizando um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Investimentos na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na APS e de forma interdisciplinar foram desenvolvidos de modo que se concretizasse, de fato, a integração entre os serviços de saúde (MENDES, 2010; ARRUDA et al., 2015).

No Brasil, o estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais de saúde adquire maior relevância no final da década de 1990. Esta discussão ocorre no interior do SUS, diante de um perfil epidemiológico alarmante, caracterizado pela tripla carga de doenças⁴, surgindo a necessidade de organização dos serviços de uma maneira mais integrada, universal e equitativa, articulada em todos os níveis de atenção à saúde e da forma mais harmônica possível (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

⁴ A situação epidemiológica brasileira, segundo Mendes (2010), distancia-se da transição epidemiológica clássica, que é observada nos países desenvolvidos, e tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças. Essa concepção indica uma situação de saúde que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, tais como tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas.

As redes têm sido propostas não somente no campo da saúde, mas em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia da informação. A ideia de redes remete a administração de políticas e projetos em situações que os recursos são escassos e os problemas complexos, demandando a interação de agentes públicos e privados, centrais e locais, onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (MENDES, 2011).

As redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, a partir do uso da tecnologia e fundamentadas na cooperação entre diversas unidades dotadas de autonomia (MENDES, 2011). Neste sentido, a Portaria GM nº 4.279, publicada em dezembro de 2010, define as redes de atenção no campo da saúde como sendo arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que compreendem diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Mendes (2010) afirma que as redes são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si que buscam alcançar objetivos comuns, através de uma ação cooperativa e interdependente. Assim, a organização em rede parte do pressuposto de que é necessário ofertar uma atenção contínua e integral para uma população específica, com a coordenação pela atenção primária com responsabilidades sanitárias e econômicas, gerando valor para a sociedade.

O objetivo principal das RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção⁵ com o centro de comunicação na APS, que é a porta de entrada preferencial do SUS, a partir da qual se realiza e coordena o cuidado em toda a rede (BRASIL, 2010; PEITER et al., 2019).

Para a operacionalização da RAS é necessária a interação de três elementos, a saber, população/região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. A população sob responsabilidade das RAS vive em territórios singulares, organiza-se a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, sendo cadastrada e registrada por subpopulações de acordo com os riscos socio sanitários. Segundo o Ministério da Saúde, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a

⁵ Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2010).

região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI) (BRASIL, 2010).

A estrutura operacional é constituída pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes pontos. Os componentes da estrutura da RAS incluem o centro de comunicação (APS), os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica), os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico) e o sistema de governança (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde, terceiro elemento das RAS, é um sistema lógico que organiza o funcionamento da rede, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. O modelo de atenção é determinado considerando a visão de saúde, as condições demográficas, epidemiológicas e os determinantes sociais da saúde vigentes (MENDES, 2011).

De acordo com a literatura nacional e internacional, as redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários com os serviços, além de reduzir os custos dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, no Brasil, tem sido observada a implantação de diversas RAS nos sistemas municipais e estaduais de saúde, como a Rede Cegonha, a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2014; ARRUDA et al., 2015; PEITER et al., 2019).

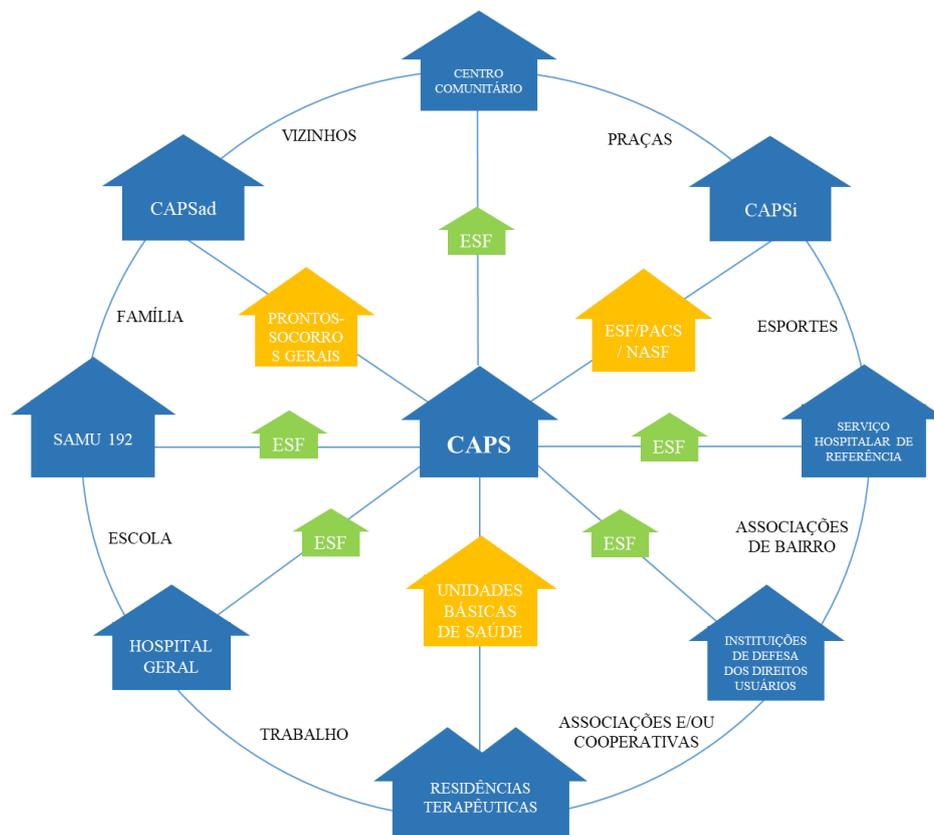
A RAPS, objeto do presente estudo, foi pensada para que, efetivamente, fossem alcançadas as finalidades da reforma de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura. Nesse contexto, visa superar os estigmas em torno da saúde mental, romper com o modelo biomédico, eliminando gradualmente a internação e, sobretudo, dar ênfase aos serviços fundamentados na comunidade (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008; LANCETTI; AMARANTE, 2012).

A RAPS foi instituída em 2011 pela Portaria GM nº 3.088, com o objetivo de: I. ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II. promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III. garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Na RAPS, os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos CAPS, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional. Os CAPS,

conforme apresentado na Figura 2, também deverão assumir papel estratégico na articulação e no tecimento da rede, tanto cumprindo suas funções na assistência e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de ESF, ACS e NASF, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando com outros recursos existentes na rede: socio sanitárias, jurídicas, associações, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outros (BRASIL, 2014).

Figura 2 - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS



Fonte: Adaptado de Brasil (2004).

As RAPS surgem, portanto, como uma nova forma de organização dos serviços que já existiam, antes numa concepção de sistema e agora dentro de uma política que busca dar conta de um problema antigo que assume grande magnitude no período da sua formulação que é o do álcool e outras drogas. Este problema aparece como fator privilegiado relacionado com a questão da violência e do tráfico de drogas.

Criticado em sua visão um tanto míope, que joga para a área da saúde mental um problema estrutural complexo da sociedade brasileira que responde a determinações ainda mais amplas de nível global, a Portaria nº 3.088/2011, trouxe, entretanto, uma atualização que detalha

melhor o tipo de serviço e seu papel na RAPS. Na mesma linha, verifica-se um estímulo à criação de equipamentos de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com a ampliação das modalidades de CAPS AD, como o CAPS AD III e, mais recentemente, o CAPS AD IV, totalizando três tipos de centros destinados ao cuidado desse tipo de necessidade.

Uma análise preliminar dessa portaria demonstra que o principal objetivo da implantação das RAPS foi ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, além de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. A portaria de 2011 avança ainda no que se refere à redução de leitos e ao progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que não incorpora os hospitais especializados como componente da rede, mas inclui leitos de psiquiatria em hospitais gerais (BRASIL, 2011a; ZANARDO; BIANCHESSI; ROCHA, 2018).

Em contrapartida, os retrocessos são observados com a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, que integra novamente os hospitais psiquiátricos à RAPS (BRASIL, 2017a), colocando em risco à Reforma Psiquiátrica, além da possibilidade de trazer a internação de volta para o centro da saúde mental. A rigor, a reforma prevê que a RAPS, bem como os seus dispositivos substitutivos sejam as principais formas de atenção psicossocial, para se recorrer cada vez menos aos leitos, não sendo contrária às internações, mas sim reduzi-las.

Com a implantação da RAPS, evidencia-se a necessidade de mudar a lógica das ações e os modelos de gestão. É necessário maior contato entre os hospitais e demais serviços, sejam da rede básica, serviços matriciadores ou CAPS, priorizando o acompanhamento contínuo e a redução do número de reinternações. Contudo, na contramão desses pressupostos, a atualização da portaria de 2011 traz à tona problemas antigos com a regulação de leitos e internações, já que houve um acréscimo nos valores das diárias repassadas para os hospitais que realizam internamentos por mais de 90 dias (BRASIL, 2017b). Ao se destinar mais verbas para internações, inevitavelmente, aumenta-se o risco de crescer o tempo de permanência das pessoas nas unidades, além de incentivar ainda mais os internamentos, prejudicando a reinserção social dos pacientes psiquiátricos.

Por outro lado, sabe-se que as redes são inerentes ao processo de trabalho em saúde, ou seja, não há trabalho sem que se constitua uma rede em torno do seu objeto, ainda que como imagem-objetivo. Desse modo, a reflexão no que se refere à RAPS é se ela funciona de forma harmônica, ou conflituosa, se há conexão de fluxos, ou se a rede ainda é fragmentada (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

4.2 Serviços substitutivos e o novo modelo de cuidado psicossocial

Modelo de atenção, cuidado ou assistencial é entendido como uma combinação de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) com a finalidade de resolver os problemas (danos e riscos) e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas (PAIM, 1993; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Partindo desse pressuposto, a concretização do novo modelo de cuidado em saúde mental, consolidado no processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, pode ser traduzido na operacionalização das decisões tomadas em função das respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde apresentadas (SOARES, 2011).

Um dos principais objetivos da RPB foi a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a fim evitar a internação em hospitais psiquiátricos e promover o respeito à cidadania da pessoa com transtorno mental. Isto posto, o novo modelo de cuidado foi pensado na perspectiva da reinserção social, privilegiando o convívio com a família na própria comunidade (BRASIL, 2001).

Oliveira e Alessi (2005) asseguram que as mudanças no modo como são ofertados os cuidados às pessoas com transtornos mentais implicam transformações mais profundas, que vão além de modificações nas instituições psiquiátricas. Não se admite mais a exclusão das pessoas que apresentam comportamentos diferentes dos padrões culturais definidos pela maioria, mas sim a inclusão destes sujeitos como detentores de direitos de cidadania nesta sociedade.

Daí decorre a importância de enfatizar os direitos de cidadão, que, indubitavelmente, deveriam abarcar toda a sociedade, ou seja, todos os indivíduos seriam titulares dos direitos civis, políticos e sociais (MORENO; SAEKI, 1998). Na mesma linha, Medeiros e Guimarães (2002) exemplificam os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, como o direito de receber cuidados de saúde adequados às suas necessidades, a garantia de participação na sociedade, além do direito à liberdade e igualdade perante a lei.

No entanto, a superação dos hospícios⁶ por um atendimento integral e mais inclusivo tem sido um desafio para a consolidação da política de saúde mental. Por um lado, é necessário evitar o abandono das pessoas nas ruas ou por seus familiares, por outro, é imperioso propiciar um efetivo acompanhamento do sujeito em sua existência e produzir serviços que respondam às necessidades de saúde desse grupo específico (JORGE et al., 2011).

⁶ Para Goffman (1987), os hospícios, manicômios, prisões e conventos são instituições fechadas que ele define como instituições totais, caracterizadas pelo isolamento e pelo controle absoluto dos internos.

Por suas especificidades, o trabalho em saúde, de um modo geral, não pode se limitar exclusivamente à lógica do trabalho morto (FERREIRA, 2017), expresso no uso de equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em trabalho vivo em ato. Desse modo, para uma produção do cuidado resolutiva, segundo Merhy (2002), é exigida ênfase nas tecnologias leves, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização.

No trabalho em saúde mental, em particular, as tecnologias leves ou relacionais, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial são cada vez mais necessários (JORGE et al., 2011). Para Dalla Vecchia e Martins (2009), ainda é preciso avançar, na Saúde Coletiva, para uma clínica que dê conta de acolher as demandas do sujeito em situação de crise psiquiátrica em todos os níveis do sistema de saúde como dispositivo capaz de romper o ciclo de psiquiatrização e medicalização do sofrimento psíquico. Ou seja, os serviços que atualmente fazem parte da porta de entrada do sistema de saúde não podem se transformar em espaços de triagem para a atenção especializada, ou ainda, limitando-se a uma clínica cujo foco é a patologia.

Nesse sentido, é plausível supor que existe a necessidade de utilizar uma variedade de recursos, tais como, atividades em grupo, estratégias de educação em saúde, atividades comunitárias, visitas domiciliares, além da medicação, para possibilitar o cuidado integral à saúde de pessoas com transtornos mentais. As diversas modalidades terapêuticas, conforme Surjus e Campos (2011), adquirem significação nos contextos de vida dos usuários, possibilitando a conformação de um campo afetivo de valorização de si e do outro, pode trazer mais leveza as vivências de sofrimento e permite uma maior relação do usuário com o meio externo. Assim, para esses autores, começam a se sentir mais úteis para a sociedade e passam a se arriscar em suas próprias construções: fazer sua comida; atividades de lazer desvinculadas do serviço; e corresponsabilizar-se no autocuidado.

Portanto, o foco dos serviços substitutivos está centrado no respeito aos direitos humanos, garantindo principalmente a autonomia e a liberdade das pessoas, na promoção da equidade, na garantia do acesso aos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, atenção humanizada, além de atuar no combate aos estigmas e aos preconceitos ainda existentes em relação às pessoas com transtornos mentais (AMARANTE, 1995; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; ANTUNES; QUEIROZ, 2007; BRASIL, 2011a).

Para Fracolli et al. (2011), a mudança no modelo de atenção à saúde envolve não apenas priorizar a atenção primária e retirar do centro do modelo o hospital e as especialidades, mas, principalmente, concentrar-se no usuário, abandonando a fragmentação do cuidado que

transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou patologias. Nessa linha, o cuidado em saúde mental não pode ser diferente, deve-se levar em consideração os conceitos de integralidade e multiprofissionalidade, como base para que de fato ocorra a transformação das práticas.

A integralidade é uma das diretrizes básicas do SUS, definida na Lei nº 8.080/90 como o conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, ofertados em todos os níveis de complexidade do sistema. A integralidade contribui para a organização do processo de trabalho⁷ nos serviços de saúde, uma vez que se caracteriza pela busca contínua de ampliar as formas de apreensão e resolução das necessidades de saúde de determinado grupo populacional (FRACOLLI et al., 2011).

A integralidade no campo da saúde assume diferentes sentidos. Segundo Silva, Miranda e Andrade (2017), pode estar relacionada à busca do profissional e do serviço em compreender o conjunto das necessidades de saúde que um indivíduo apresenta, assim como pode estar associada à organização dos serviços e práticas de saúde, visando à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, e ainda pode assumir um papel importante na definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

Na realidade dos serviços substitutivos, as práticas multiprofissionais e multidisciplinares são condições para efetivação da Reforma Psiquiátrica. É essencial que no cotidiano dos serviços seja observado o caráter multi, inter e transdisciplinar do cuidado. A multidisciplinaridade propõe a justaposição de diversas disciplinas, sem, contudo, implicar trabalho conjunto e coordenação. A interdisciplinaridade, por seu turno, exige que exista uma problemática comum para o trabalho conjunto e o aprendizado mútuo, com a recombinação dos elementos de cada disciplina. A transdisciplinaridade busca ir além, sugerindo abertura ao que atravessa e ultrapassa todas as disciplinas (JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

Cabe sinalizar que as propostas multi, inter e transdisciplinar para a mudança da lógica no cuidado em saúde mental não se dão de modo automático, assim como, não dependem apenas da coexistência de diferentes áreas profissionais nestes serviços. Segundo Jafelice e Marcolan (2018) e Brasil (2013), essas práticas podem ser potencializadas a partir do investimento na formação dos profissionais de saúde mental, no trabalho em rede de serviços e apoio matricial, com a finalidade de garantir que as mudanças na atenção deixem de ser

⁷ No processo de trabalho, segundo Marx (1996), a ação humana transforma um objeto, modificando sua própria natureza, por meio de instrumentos de trabalho, a partir de uma finalidade específica. No que diz respeito ao processo de trabalho em saúde, o objeto é o próprio ser humano, o indivíduo ou comunidade, sadio ou doente, que necessita de ações curativas ou preventivas, em um determinado espaço, através de instrumentos, como as condutas, as tecnologias, sejam elas leves, leve-duras ou duras, que vão resultar no produto final que é o cuidado em saúde (MENDES CONÇALVES, 1994; FERREIRA, 2017).

atreladas a espaços, podendo alcançar mudanças mais amplas, nas mentalidades dos atores sociais envolvidos no processo.

A desinstitucionalização, principal estratégia para reestruturação dos serviços de saúde mental, significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de reforma psiquiátrica (HIRDES, 2009). Para Amarante (1995), a desinstitucionalização pode ser entendida de três formas: desospitalização, desassistência e desconstrução.

Na perspectiva da desospitalização há uma crítica ao sistema psiquiátrico e à centralização da atenção na assistência hospitalar. No entanto, está voltada principalmente para objetivos administrativos, como a redução dos custos da assistência para os cofres públicos e menos para uma real transformação da natureza da assistência. Nesta formulação de desinstitucionalização não é questionado o saber psiquiátrico (HIRDES, 2009).

A desinstitucionalização como desassistência significa, a grosso modo, abandonar os doentes à própria sorte. Nesse contexto, encontram-se os grupos conservadores, resistentes a qualquer ideia sobre direitos de grupos minoritários. A desinstitucionalização como desconstrução é caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico hegemônico da psiquiatria. É nesta tendência que o movimento pela RPB se inspira, identificando-se com a trajetória teórico-prática desenvolvida na Itália (AMARANTE, 1995; HIRDES, 2009).

Rotelli (1990) vê a desinstitucionalização como um processo prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico, o deslocamento da ênfase no processo de cura para a invenção de saúde, a construção de uma nova política de saúde mental, a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação em manicômio e a transformação das relações entre os sujeitos.

No Brasil, destacam-se nesse processo de desinstitucionalização, as residências terapêuticas, os CAPS, os hospitais-dia, os Centros de Convivência e Cultura ou Centros de Cooperação, o Programa de Volta para Casa (PVC) e Inclusão Social pelo Trabalho, as ações de saúde mental nas Esquipes de Saúde da Família e demais componentes da RAPS, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes e pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial no SUS

Componentes da RAPS	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	- Unidade Básica de Saúde - Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Equipe de Consultório na Rua - Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório - Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU 192 - Sala de Estabilização - UPA 24 horas - Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Unidade de Acolhimento - Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	- Enfermaria especializada em Hospital Geral - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
Estratégias de Desinstitucionalização	- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - Programa de Volta para Casa (PVC)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	- Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda - Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

Fonte: BRASIL, 2011.

A lei que possibilitou a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a consequente substituição por serviços de comunidade (Lei 10.216), só foi sancionada em 2001. Todavia, a rede substitutiva começou a se estruturar antes mesmo de sua aprovação no Congresso (AMARANTE, 2012).

Com a proposta de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a redução de leitos de internação, debatia-se a necessidade de construção de casas para os egressos dos manicômios. A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no ano de 1992 destacou a importância dos chamados “lares abrigados” para receber as pessoas que deixariam os hospitais, cujos familiares não tinham mais contato ou sem condições de recebê-las (AMARANTE, 1995, ALMEIDA, 2002).

Os SRT, como passaram a ser chamados os lares abrigados, instituídos em fevereiro de 2000, são casas inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtornos mentais com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos – internações de dois anos ou mais ininterruptos – e que estão impossibilitadas de retornar as suas famílias, visando sua reintegração social (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Conforme a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, fica estabelecido que o SRT tipo I será destinado a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores, enquanto o SRT tipo II será destinado a pessoas que além do transtorno mental apresentem acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, necessitando de cuidados permanentes específicos, e deve acolher no máximo dez moradores. A residência terapêutica tipo II contará também com cuidador de saúde e técnico de enfermagem para a realização de acompanhamento das pessoas em processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2000).

Para Amarante (2012), embora as residências terapêuticas tenham apresentado sucesso no processo de reforma psiquiátrica, elas não devem ser empregadas como único recurso, mas devem estar articuladas a outros serviços para a garantia de uma assistência integral em saúde mental.

Outro mecanismo da RPB adotado para impulsionar a desinstitucionalização foi a criação do PVC, instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que regulamenta um auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais, egressos de longas internações. O auxílio financeiro, que atualmente totaliza R\$ 412,00 mensais, é uma das estratégias potencializadoras para a emancipação de pessoas com transtornos mentais, mas também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos, muitas vezes, degradantes e privados de seus direitos básicos de cidadania (BRASIL, 2005a; BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, BRASIL, 2019).

Além do auxílio financeiro, os pacientes recebem acompanhamento dos programas extra-hospitalares que compõem a rede de saúde mental. As pessoas que podem ser beneficiadas pelo programa são as egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia, além da situação clínica e social do paciente não justificar a permanência em ambiente hospitalar, e indique a necessidade de auxílio financeiro como forma de viabilizar a reintegração social (BRASIL, 2019).

Os CAPS, por sua vez, fizeram parte da primeira estratégia de tratamento na comunidade com o surgimento do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira e dos Núcleos de Atenção e Promoção à Saúde de Santos (SP), em 1987 (HIRDES, 2009). Por ter sido implementado em um período anterior ao SUS, o CAPS não vislumbra compor o quadro de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional. Somente após a promulgação da Portaria nº 336, em 2002, ele passou a ter uma nova regulamentação, que colocou o CAPS para

funcionar em rede com os demais serviços, e, assim, gradativamente foi se expandindo para todo o território nacional (LUZIO; L'ABATTE, 2009; AMARANTE, 2012).

A assistência oferecida pelos CAPS é realizada por meio de equipe multiprofissional que atende pessoas com transtornos mentais graves e, em geral, persistentes. Para Pitta (2011), os serviços dessa natureza são considerados como “serviços fortes” pela reforma psiquiátrica italiana, devido principalmente à alta flexibilidade, mobilidade territorial e oferta diversificada de atividades – oficinas de arte e trabalho, práticas esportivas e de lazer, atendimentos individuais e/ou em grupo aos usuários e aos familiares.

Os CAPS são classificados nas seguintes modalidades: CAPS I, indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes; CAPS II, preconizado para municípios com população acima de 70 mil habitantes; CAPS III, serviço de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, recomendado para municípios com população acima de 200 mil habitantes; CAPS AD, atende pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (municípios com população acima de 70 mil habitantes); CAPS i: atende crianças e adolescentes (municípios com população acima de 150 mil habitantes) (BRASIL, 2011a).

Os CAPS têm papel estratégico no funcionamento da rede de saúde mental do SUS, tanto no cumprimento de suas funções prestando assistência direta aos usuários, como também na regulação da rede de serviços de saúde. Além do mais, os CAPS devem atuar em conjunto com as equipes de saúde da família, permitindo um acompanhamento contínuo na comunidade que não é possível nas outras modalidades de serviços (SURJUS; CAMPOS, 2011; AMARANTE, 2012).

Entretanto, as RAPS não acabaram com o hospital psiquiátrico clássico, nem os CAPS conseguiram ainda atingir a cobertura adequada de modo a prover todo o território nacional com esses serviços, haja vista que no Brasil, até o final do ano 2018, existiam 3.013 CAPS em apenas 35,5% (1.978) dos municípios brasileiros (DATASUS, 2018). Os hospitais estão sendo fechados, mas teriam os CAPS condições de absorver o cuidado a pacientes graves e quadros agudos? Persistem dúvidas se o modelo de cuidado presente nesses novos dispositivos não atualiza as velhas práticas ambulatoriais.

Entre os anos 2003 e 2006, o Ministério da Saúde promoveu a avaliação da inclusão dos Centros de Convivência e Cultura (CECO)⁸ nas redes de atenção à saúde mental. Trata-se de

⁸ As siglas e os nomes adotados para designar os Centros de Convivência e Cultura têm variado em todo o país. Na capital paulista, por exemplo, é chamado de Centro de Convivência e Cooperação (CECCO), já em Belo Horizonte é chamado de Centro de Convivência da Saúde Mental sem abreviação, em Goiânia é conhecido por

um dispositivo altamente potente e efetivo no que se refere à inclusão social das pessoas com transtornos mentais em tratamento. A sua implantação, a partir de 2005, foi recomendada para municípios com uma boa rede CAPS e com população superior a 200.000 habitantes. Até 2007, existiam aproximadamente 60 Centros de Convivência e Cultura em funcionamento no país, em sua maioria concentrados nas capitais brasileiras (BRASIL, 2007).

O que torna o CECO um serviço diferenciado dos demais é o fato de ser um espaço que permite a livre participação de grupos de pessoas, muitas vezes, discriminados pela sociedade, como os dependentes químicos, pessoas com deficiência, idosos e pessoas acometidas de transtornos mentais. Porém, a aprovação de uma portaria regulamentadora deste dispositivo ainda se encontra em discussão, além de não ter sido encontrado, até o momento, nada definido para que os centros sejam regulamentados no país (FERREIRA, 2014; ALVAREZ; SILVA; OLIVEIRA, 2016).

No âmbito da Atenção Básica, várias experiências de apoio em saúde mental também estão se consolidando sobretudo em relação ao acompanhamento e continuidade do cuidado pelas equipes de saúde da família e matriciamento, realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em Recife (PE), têm-se as chamadas equipes de retaguarda; em Aracaju (SE) com a vivência de equipes itinerantes desenvolvidas a partir de profissionais dos CAPS junto com as equipes de referência ambulatorial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); em Betim (MG), o apoio é feito através de parceria entre equipe de saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde; em João Pessoa (PB), destaca-se o esforço para inclusão da saúde mental no Sistema de Informações; entre tantas outras experiências (BRASIL, 2007).

Experiências internacionais de cuidados primários em saúde mental corroboram com esses achados. Uma pesquisa realizada em 18 clínicas de cuidados primários nos Estados Unidos abrangendo idosos diagnosticados com depressão confirmou que o acesso ao tratamento colaborativo entre atenção primária e secundária é significativamente mais eficaz que o tratamento convencional. O tratamento colaborativo incluía as preferências dos pacientes, o plano terapêutico individualizado, o acompanhamento proativo e a avaliação de resultados por um profissional de atenção primária (UNÜTZER et al., 2002).

Escudeiro e Souza (2009), em estudo realizado na região de Lins, São Paulo, observaram que a reorganização da rede de atenção em saúde mental resultou no fechamento de dois

Cuca Fresca, no Rio de Janeiro, o primeiro tem como denominação Centro de Convivência Comunitário e os outros dois se chamam Centro de Convivência e Cultura, e em Campinas eles são denominados por três nomes diferentes: Espaço de Convivência; Centro de Convivência e Cooperação; e Centros de Convivência (CECO) (ALVAREZ; SILVA; OLIVEIRA, 2016). Nesse estudo, será utilizada a terminologia Centros de Convivência e Cultura e a sigla CECO, que é utilizada também pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

hospitais psiquiátricos e a transformação de outro em um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAIS). Por conseguinte, houve redução de leitos, criação de equipamentos substitutivos, como ambulatório, CAPS, SRT e a fundação de uma associação filantrópica, formada por usuários, familiares e trabalhadores, com a finalidade de promover a inserção político-social dos associados e prestar apoio aos serviços da RAPS.

Em síntese, os serviços substitutivos são, seguramente, as formas mais efetivas de garantir uma atenção integral e resolutive para as pessoas com transtornos mentais. Consolidar um modelo de cuidado à saúde mental aberto, humanizado e de base comunitária vai além da abertura de novos serviços, exige o apoio técnico e a disponibilização de recursos capazes de fornecer aos usuários um atendimento próximo da família, assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme às suas necessidades de saúde.

4.3 Prevenção de transtornos psiquiátricos e promoção da saúde mental: conceitos e práticas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como sendo não somente a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual. Saúde mental, por seu turno, pode ser compreendida como um aspecto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de trabalhar e de se relacionar com os outros, no qual o indivíduo faz face ao stress normal da vida e contribui para a comunidade em que se encontra inserido (WHO, 2008).

O conceito de saúde da OMS avança no que diz respeito à influência da combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no adoecimento mental e físico. No entanto, nos dias de hoje tem-se dado pouca importância à saúde mental, quando comparada à saúde do corpo físico. Prova disso são as campanhas em curso voltadas para a promoção da saúde em geral, promovendo a prática de atividade física, alimentação saudável, prevenção de doenças como diabetes, hipertensão e até outras como a prevenção do consumo de tabaco e álcool. Mas, quantas campanhas são veiculadas para a promoção da saúde mental, prevenção da depressão e do suicídio? Certamente, poucas e incipientes, ou quando ocorrem, são restritas a um período específico (WHO, 2002; WHO, 2008; FEIO; OLIVEIRA, 2015).

A negligência para as questões de saúde mental é evidente apesar da alta prevalência de transtornos mentais. A cada ano, mais de um milhão de pessoas cometem suicídio no mundo, sendo sua causa mais comum, um transtorno mental ou psicológico que pode incluir depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, alcoolismo e abuso de drogas (WHO, 2008). No Brasil, os

transtornos mentais foram a terceira causa de incapacidade para o trabalho, no período de 2012 a 2016. Dessa forma, a inclusão da prevenção e promoção da saúde mental na agenda política atual, é, com certeza, um dos desafios cruciais para a área (CFP, 2013; BRASIL, 2017b; ABREU; MURTA, 2018).

Segundo autores como Henao et al. (2016) e Abreu e Murta (2018), o cuidado em saúde mental envolve um desenho integrativo entre promoção, prevenção e tratamento. De um modo geral, a prevenção consiste em ações que tem por objetivo evitar o surgimento de transtornos mentais específicos ou atenuar seus efeitos e reduzir os fatores de risco, enquanto que a promoção da saúde implica na disponibilização de recursos para empoderar indivíduos e coletividades a enfrentar adversidades pessoais e contextuais, além de contribuir para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, e o tratamento, por seu turno, refere-se à assistência àqueles que já apresentam o sofrimento ou transtorno mental.

Historicamente, os primeiros estudos acerca da prevenção de psicopatologias ocorreram ao final da década de 50, nos Estados Unidos da América, conduzidos por George Albee. O psicólogo americano concluiu em suas pesquisas que a incidência dos transtornos mentais poderia ser reduzida através dos fatores protetores, de natureza individual, familiar, ambiental ou socioeconômica. Esses fatores seriam elevar a autoestima, promover rede de apoio, habilidades de enfrentamento, práticas de socialização positivas, pertencimento e engajamento social e a redução de estressores ambientais, como as injustiças sociais e os abusos aos direitos humanos (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

A primeira definição de prevenção em saúde mental foi proposta por Caplan, no ano de 1964, que a conceituou inicialmente como primária, secundária e terciária. A prevenção primária implica em lidar com a população que ainda não apresenta o transtorno, com o objetivo de reduzir a ocorrência de novos casos. A prevenção secundária incide nas pessoas que já apresentam sinais iniciais do transtorno. A prevenção terciária está direcionada aos que possuem um transtorno já diagnosticado, tendo como objetivo reduzir seus prejuízos e consequências (LARA, 2006; FRANÇA; MURTA, 2014).

Com o passar dos anos, o conceito de prevenção em saúde mental foi modificado, sendo definido em três níveis de abordagem: universal, seletiva e indicada. As intervenções da prevenção universal não visam nenhum grupo-alvo específico, são direcionadas de uma forma geral para toda população, a prevenção seletiva tem como alvo a população avaliada como de risco acentuado e a prevenção indicada lida diretamente com indivíduos que apresentam sinais ou sintomas iniciais de algum transtorno (POT et al., 2008; ABREU; MURTA, 2018).

No Brasil, as discussões sobre prevenção em saúde mental foram semelhantes às vivenciadas em outros países, fortemente relacionadas ao conceito de justiça social. Reivindicava-se o acesso dos brasileiros a condições básicas de saúde, como alimentação, trabalho, educação e lazer. Seriam necessários investimentos em ações para erradicação da pobreza, acesso a direitos e promoção de bem-estar para população como estratégias para prevenção dos transtornos mentais (ABREU; MURTA, 2018).

Se por um lado houve avanços com a implantação de serviços de saúde mental no âmbito da atenção primária, com foco na promoção de saúde e prevenção do adoecimento, destacadas como prioridades por usuários, trabalhadores e gestores, por outro, os estudiosos indicaram como dificuldade a ausência de uma área de pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil. Em geral, são identificados como especialistas da condição prevenida em seus estudos, como, violência, álcool e drogas, comportamento antissocial na infância, e não como pesquisadores de prevenção (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

Em contraponto, analisando a literatura brasileira, observa-se um movimento na direção de publicações que priorizem avaliações específicas de intervenções em saúde mental, do cuidado na atenção básica, de ações intersetoriais e multidisciplinares para a promoção da saúde mental, dentre outras (ESCUDEIRO; SOUZA, 2009; RAMOS; PIO, 2010; SOUZA et al., 2012; FRANÇA; MURTA, 2014; SILVA; PAULA JUNIOR; ARAÚJO, 2018).

Abreu, Miranda e Murta (2016) ao realizarem uma revisão sistemática da literatura nacional acerca das intervenções de prevenção primária para desfechos negativos em saúde mental do ano 2000 a 2012, encontraram apenas 25 artigos abordando a temática e preenchendo os critérios de inclusão. A maior parte dos estudos foi publicada em periódicos da área de psicologia (22 artigos), um da área de educação e sexualidade, uma revista médica e um periódico de saúde coletiva.

O estudo concluiu ainda que o local de aplicação majoritário das intervenções de prevenção em saúde mental foi a escola (62,79% das intervenções), seguido por intervenções em clínica-escola (16,27%), ambientes comunitários (13,95%), como ONGs, centros comunitários e centros de referência em assistência social, e contextos ocupacionais (6,97%). A população-alvo da maior parte das intervenções foi crianças e adolescentes em idade escolar (92,85%), somente três estudos focavam a prevenção do estresse ocupacional em adultos (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

Neste sentido, percebe-se a existência de lacunas no que se refere a avaliação de intervenções preventivas tendo como público-alvo adultos e idosos, e, principalmente, em relação aos locais em que são realizadas as ações, haja vista que os mecanismos de

desinstitucionalização criados a partir da Reforma Psiquiátrica, como o CAPS, por exemplo, e o cuidado realizado a partir das redes de atenção em saúde mental não tem sido alvos de estudos, tampouco, espaços que promovam prevenção e promoção da saúde levando em conta as necessidades de saúde mental da comunidade (SOUZA et al., 2012; CESAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015).

Ou seja, sair das modalidades de atenção institucionais tradicionalmente instauradas para responder às necessidades do sujeito acometido por um transtorno mental, buscando um modelo de cuidado alicerçado no entendimento de que os problemas de saúde são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social, tem sido um desafio para a política de saúde mental no SUS (CAMPOS; SOARES, 2003).

As necessidades de saúde⁹ da população, conforme Teixeira (2010), são representadas pelas carências que se relacionam com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma determinada população. Compreendem, assim, os efeitos do não atendimento pleno das necessidades básicas de alimentação, segurança, educação, habitação, afeto, lazer, cultura e serviços de saúde, quer sejam ações inespecíficas de promoção e melhoria da qualidade de vida, quer sejam ações específicas de proteção contra riscos e agravos.

No campo da saúde mental, as necessidades dos usuários incluem o atendimento do sujeito em sofrimento psíquico e sua família nas dimensões sociais, de inclusão, reabilitação psicossocial, inserção comunitária e na produção social de vida, integrando trabalho, lazer, cultura, educação e saúde. Evidentemente, para o atendimento a essas necessidades, é imprescindível a articulação entre as múltiplas formas assistenciais, além da interlocução intersetorial e comunitária, essenciais para a atenção psicossocial (LUCCHESI et al., 2009; PINTO et al., 2012).

Segundo Surjus e Campos (2011), alguns usuários que passaram pela experiência da transformação do modelo assistencial, partindo de longas internações em hospitais psiquiátricos para o acompanhamento na própria comunidade, as tentativas de acompanhamento na rede básica se limitava, muitas vezes, à oferta do medicamento. Cesar, Rodrigues e Arpini (2015), por sua vez, evidenciaram que as ações de prevenção, promoção e educação em saúde mental nas unidades de saúde da família ainda ocorrem de maneira pontual e por meio de iniciativas,

⁹ Paim e Almeida-Filho (2014) afirmam que as necessidades são representadas pelas condições que possibilitam gozar saúde, um dado modo de andar a vida e podem ser divididas em necessidades de saúde e necessidades dos serviços de saúde. As necessidades de saúde são doenças, carências, riscos e vulnerabilidades passíveis de serem supridas por vários setores, como alimentação, saneamento, habitação, e necessidades dos serviços de saúde, podem ser expressas em termos de demanda, atendidas via consumo de serviços no sistema de saúde.

na maior parte das vezes, dos residentes ou estagiários. Desse modo, percebe-se que a organização dos serviços da rede de saúde mental que prioriza o tratamento acaba sendo uma barreira para a prevenção e redução dos fatores de risco para um desfecho negativo em saúde mental.

Considerando que os fatores de risco estão presentes do nível micro ao macro, os contextos propícios ao desenvolvimento de programas de prevenção não podem se limitar apenas aos serviços especializados ou ao ambiente escolar, mas precisam estar inseridos nos mais diversos espaços, como, familiar, locais de trabalho, comunidade e organizações (ABREU; MIRANDA; MURTA, 2016).

Nessa perspectiva, os programas de promoção, assim como as estratégias de prevenção, têm como objetivo primordial interferir nos chamados Determinantes de Saúde Mental. Para Paim e Almeida-Filho (2014), os determinantes¹⁰ incluem fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos, que, num determinado contexto, explicam a determinação social do processo saúde-doença. Destarte, o sofrimento psíquico apresenta como determinantes não somente as habilidades dos indivíduos para lidar com pensamentos, emoções, comportamentos, interações, mas inclui também aspectos relacionados à vida em sociedade e às políticas públicas, responsáveis pelas condições para proteção social (ALVES; RODRIGUES, 2010; MAZZAIA, 2018).

Conforme Alves e Rodrigues (2010), emprego, estabilidade financeira, nível educacional elevado, por exemplo, são fatores protetores relacionados com melhores níveis de saúde mental e bem-estar. Paradoxalmente, o desemprego, a pobreza, a baixa escolarização estão associados aos maiores níveis de doença, de forma geral, à baixa autoestima e aos sentimentos de humilhação e desespero, contribuindo sobremaneira para o aumento do risco de desenvolver um transtorno mental.

Caplan (1980) afirma que alguns indivíduos podem possuir características responsáveis por seu sofrimento ou adoecimento mental. Além disso, saúde mental é adaptação dos indivíduos e para tanto, a manipulação, especialmente por parte das políticas públicas, de

¹⁰ O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os Determinantes Sociais da Saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada mais externa, onde se localizam os macrodeterminantes. Os indivíduos compõem a base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. No próximo nível estão listados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais (saúde e educação), indicando que as pessoas em desvantagem social tem um risco diferenciado. Finalmente, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

algumas circunstâncias de vida da população efetivaria tal adaptação, garantindo a condição saudável de desenvolvimento dos indivíduos. O autor destaca ainda o seguinte:

Se a pessoa nasceu num grupo favorecido em uma sociedade estável, seus papéis sociais e as mudanças esperadas destes ao longo de sua vida irão proporcionar-lhe oportunidades adequadas para um saudável desenvolvimento da personalidade. Se, por outro lado, a pessoa pertence a um grupo desfavorecido ou sociedade instável, poderá encontrar seu progresso bloqueado e ser privada de desafios e oportunidade. Isso terá um efeito negativo em sua saúde mental (CAPLAN, 1980, p. 47).

O trecho acima destaca alguns fatores responsáveis pelo sucesso ou fracasso social numa classe específica, que podem ser causadores e propagadores de distúrbios mentais e sociais. De fato, em situações como, por exemplo, de crise econômica que conseqüentemente levam ao aumento da pobreza, exclusão social, redução de salários, diminuição da qualidade de vida, verifica-se um acréscimo do número de suicídios, de casos de depressão e, conseqüentemente, aumento do consumo de antidepressivos (LARA, 2006; SIQUEIRA et al., 2015).

Partindo dessa premissa, as ações de promoção e prevenção na área de saúde mental precisam estar integradas e articuladas de forma intersetorial e multidisciplinar, tendo em vista que o setor saúde sozinho não consegue dar conta de todos os determinantes socioeconômicos relacionados ao adoecimento mental.

Ações importantes de prevenção que articulam recursos comunitários são condições necessárias para o enfrentamento de questões que extrapolam os problemas psíquicos de ordem biológica, como aqueles derivados de situações de violência ou uso de álcool e outras drogas (SIQUEIRA et al., 2015).

A utilização de recursos da comunidade e da família, tais como atividades motoras (esportes, trabalhos em madeira e artesanato), sociais (comemorações festivas, teatros e cinema), autoexpressivas (atividades espontâneas como cerâmica, pintura e dança), o apoio de instituições, como igrejas, escolas, ONGs, são ações capazes de aumentar a habilidade e estimular a autonomia dos sujeitos, além de constituírem espaços de comunicação e integração para as pessoas que estão enfrentando um transtorno mental (BENEVIDES et al., 2010; GONZALEZ, 2015).

4.4 Avaliação em saúde

A avaliação em saúde no campo de suas políticas, projetos e práticas pode ser realizada em qualquer nível do sistema de saúde, bem como nos variados âmbitos do espaço social. Para tanto, faz-se necessário a demarcação das questões e das dimensões a serem avaliadas. Por conta das múltiplas possibilidades de expressão, em distintos campos, evidencia-se uma polissemia conceitual em relação ao termo “avaliação”. Sob a designação desse termo é possível encontrar desde os julgamentos mais subjetivos até os métodos mais objetivos (ALMEIDA, 2002; VIEIRA-DA-SILVA, 2005; SILVA; COELHO, 2016).

Dentre os diferentes conceitos existentes, aqueles alusivos à avaliação de programas sociais obtiveram maior consenso. Um deles associa o termo avaliação ao produto do processo de determinação seja do mérito, do esforço ou do valor de algo. Patton (1990), em seu método de avaliação inclui dois itens julgados como fundamentais na definição: a maneira de fazer a avaliação e o propósito da avaliação. O primeiro diz respeito à coleta realizada de forma sistemática das informações acerca das características, das atividades e dos resultados dos programas, enquanto o segundo item estaria relacionado aos julgamentos dos programas e ao processo de tomada de decisões para as novas programações.

O termo pode ser conceituado ainda, conforme Vieira-da-Silva (2005), como a aplicação de modo sistemático dos procedimentos provenientes da investigação para analisar programas intervencionistas, considerando, dessa forma, como sinônimo de pesquisa avaliativa.

Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação é um processo dinâmico que visa estabelecer um juízo de valor sobre uma determinada intervenção ou sobre outros aspectos do programa, com a finalidade de auxiliar a tomada de decisão das ações futuras. Esse juízo de valor pode ser expresso de forma qualitativa ou quantitativa e envolver até uma análise acerca do significado de determinado fenômeno (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

De modo abrangente, Tanaka (2011), assinala que a avaliação é um processo técnico-administrativo que envolve as seguintes etapas: medir; comparar; emitir juízo de valor; e tomar decisão. Medir significa aferir, conhecer, determinar ou comparar uma grandeza em relação a outra. Nesse sentido, ao utilizar o instrumento para medir os fenômenos estudados, o pesquisador pode identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A comparação, por sua vez, se dá a partir do momento em que a informação ou as medidas encontradas são comparadas com o esperado, o que permite saber em que medida as

metas estabelecidas estão sendo alcançadas, possibilitando a observação por parte dos serviços da cobertura de suas ações e, assim, modifique seu processo de trabalho (BRASIL, 2005b).

O juízo de valor, segundo Contandriopoulos (2006), geralmente consiste no resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou pode ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Os diferentes atores envolvidos no processo avaliativo, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, ao se posicionarem sobre a intervenção estudada, podem construir individualmente ou coletivamente um juízo de valor que será traduzido em ações (CHAMPAGNE et al., 2011). O juízo de valor emitido no processo de avaliação possibilitará a tomada de decisão visando modificar a direcionalidade e velocidade da atenção à saúde (TANAKA, 2011).

A tomada de decisão comprova que a avaliação vai muito além de mostrar como vão as intervenções, os programas ou as práticas. A partir dela é possível agir para mobilizar mais recursos, sejam eles materiais, financeiros, humanos ou outro disponível. Além disso, a tomada de decisão no campo da saúde tem o potencial para possibilitar maiores investimentos nos serviços, garantir atendimentos/ações eficientes e até mesmo modificar a prática de trabalho do profissional da equipe (TANAKA, 2011).

Minayo (2005) afirma que a avaliação é uma técnica investigativa e, como tal, traduz-se em um processo sistemático de fazer questionamentos sobre a relevância ou o mérito de determinado assunto, proposta ou programa. Para a autora, o processo investigativo de avaliação de programas sociais permite, em última instância, fortalecer a transformação da realidade social, bem como dos problemas encontrados.

Alguns autores descrevem a história da avaliação a partir de cinco gerações. A primeira geração tratava especificamente do âmbito educacional, na qual o avaliador era um técnico que deveria saber construir e utilizar instrumentos de medida a partir de testes de inteligência e avaliação de desempenho escolar. A segunda geração, ainda no âmbito da educação, foi caracterizada pela preocupação em descrever como os programas educacionais atingiam seus resultados, sendo limitada na análise de currículo (GUBA; LINCOLN, 1989; ALMEIDA, 2002; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Na terceira geração o propósito da avaliação não se restringia a descrever e mensurar, mas passou a julgar o mérito de uma intervenção a partir de referenciais externos, ou seja, nesse terceiro estágio a função de julgamento se destaca como competência fundamental do avaliador. Essas três etapas, foram marcadas por grandes limitações, principalmente em relação à dificuldade de envolver os diversos atores, à persistência do paradigma positivista e à ênfase da lógica gerencial nos processos avaliativos. A quarta geração caracteriza-se por um processo de

negociação entre avaliado e avaliador, dotada de um caráter mais inclusivo e participativo (GUBA; LINCOLN, 1989; ALMEIDA, 2002; HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Finalmente, a quinta geração se configura a partir da combinação das anteriores, preconizando ir além do diálogo entre os participantes da avaliação e, assim, se comprometer com a transformação da realidade para melhorar as políticas públicas (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012).

Vieira-da-Silva e Furtado (2020) afirmam que a história da avaliação no campo da saúde tem produzido diversos tipos de abordagens a partir de saberes, conceitos e práticas de diferentes teóricos e disciplinas predominantes em um dado momento histórico. Conforme os autores, destacam-se ênfases distintas quanto aos aspectos metodológicos, aos acordos com a gestão, à prestação de contas, dentre outras, que, de certa forma, dialogam entre si, ou se opõem, tornando possível o amplo debate sobre a avaliação de programas.

A avaliação no campo da saúde, segundo Inojosa (1996), avançou na década de 1970, no cenário internacional, em um primeiro momento para controlar os custos de programas públicos pelo Estado, por meio de análises restritas ao custo-benefício. No Brasil, a avaliação ganha espaço a partir dos anos 1990, com o aumento do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais, no contexto da redemocratização e pós-institucionalização do SUS, que apesar dos avanços determinados pelo direito à saúde, garantido pelo Estado, tornou-se alvo de questionamentos sobre sua real eficiência e efetividade (CARVALHO et al., 2012).

Uma das propriedades da pesquisa avaliativa é a necessidade de interdependência entre as variáveis e sua inserção contextual e social, exigindo, para isso, uma multiplicidade de abordagens metodológicas e a compreensão do fenômeno avaliado em sua gama de complexidades. Portanto, para alcançar seus objetivos, as pesquisas avaliativas podem medir alguns atributos referentes à disponibilidade e distribuição dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade), ao efeito das ações de saúde (eficácia, efetividade, impacto), à relação custo-benefício (eficiência), à adequação das ações ao conhecimento técnico e científico (qualidade técnico-científica), e à percepção do usuário acerca das práticas de saúde (satisfação do usuário, aceitabilidade) (SILVA, 2005; SANTOS, 2010; SILVA; COELHO, 2016).

Vale destacar que a avaliação em saúde produz informações quanto à adequação, efeitos e custos associados à determinada tecnologia, programa ou serviço. Esses aspectos, segundo Portela (2000), compõem os indicadores de qualidade em saúde, que avaliam a qualidade da assistência à saúde prestada a uma população, tanto em termos de procedimentos específicos quanto de uma rede de serviços. Como exemplo, tem-se o número de profissionais de saúde destinado a atender uma população, a disponibilidade de medicamentos em uma farmácia e a

existência de um sistema de referência e contrarreferência de pacientes dentro de uma rede de serviços de saúde.

Donabedian (1966) aponta que avaliar a qualidade da assistência médica vai depender da influência das abordagens e métodos que se empregam na avaliação, podendo esta ser empírica ou normativa. A empírica está baseada na observação e comparação sobre a prática médica, enquanto a normativa toma como ponto de partida os conhecimentos e normas já legitimados.

Além disso, Donabedian (1966) considera que nos estudos avaliativos, dentre as abordagens possíveis, é desejável uma articulação entre as dimensões de estrutura, processo e resultado. Estas dimensões representam três tipos de informações que podem ser coletadas, a fim de fazer inferências sobre a qualidade dos cuidados ofertados por determinado programa ou rede de serviços, e, assim, pode subsidiar a tomada de decisão em relação às práticas concernentes ao setor.

Na avaliação da estrutura é analisada a utilização dos recursos, sejam eles físicos, financeiros, humanos, materiais, dentre outros, e os aspectos organizacionais da atenção. Essa avaliação parte do pressuposto de que uma boa disponibilidade de recursos, como força de trabalho, instalações, materiais e equipamentos, tendem a produzir melhores resultados (PORTELA, 2000; ALMEIDA, 2002; SILVA; COELHO, 2016).

A avaliação do processo diz respeito às atividades que constituem a atenção à saúde, e envolve ações, práticas e interação entre os profissionais de saúde e população assistida (PORTELA, 2000). O processo constitui tudo aquilo que é desenvolvido pela equipe em benefício do usuário em termos da utilização de recursos, qualitativos e quantitativos (ALMEIDA, 2002).

O componente resultado, refere-se às mudanças no estado de saúde da população, promovidas pela atenção ofertada pelo serviço ou por um profissional específico, expressos em indicadores baseados em parâmetros pré-estabelecidos. A avaliação dos resultados pode incluir ainda outros elementos, como as mudanças de conduta que promovam saúde, o conhecimento sobre a enfermidade e a satisfação do usuário (ALMEIDA, 2002; DONABEDIAN, 2005; SILVA; COELHO, 2016).

É essencial considerar também que para uma melhor abordagem da avaliação em saúde seria necessária a escolha de indicadores representativos que abrangessem a tríade estrutura-processo-resultado. O ideal seria uma relação funcional entre os elementos da tríade, porém nem sempre é possível verificar essa associação na realidade concreta dos serviços de saúde em razão das dificuldades para o estabelecimento de relações lineares de causa e efeito.

Considerando que o campo da saúde é constituído por diversas instituições públicas e privadas que desenvolvem uma série de ações e atividades voltadas para a população, também é de fundamental importância definir quais os níveis da realidade que se quer avaliar. Além do mais, a avaliação de políticas, programas e projetos pode incluir análises sobre a natureza do Estado e do poder político envolvidos na sua formulação, bem como estudos sobre os programas relacionados com a sua operacionalização (VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Podem ser avaliados os seguintes níveis:

I. Ações: refere-se às ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação desenvolvidas pelos agentes/profissionais individualmente;

II. Serviços: diz respeito a um grau maior de complexidade de organização das ações onde vários agentes são responsáveis por desenvolver atividades, coordenadas ou não, direcionadas a determinado grupo etário ou problema de saúde.

III. Estabelecimentos: são unidades sanitárias de diversos níveis de complexidade tais como hospitais, unidades de saúde da família, centros de saúde, policlínicas, dentre outros.

IV. Sistema: corresponde ao nível mais complexo de organização envolvendo todos os anteriores e sua coordenação. Pode se referir a um sistema municipal, estadual ou nacional.

Para Almeida (2002) e Tanaka (2011), os processos avaliativos precisam aferir não apenas efetividade técnica e eficiência, mas também outros aspectos relacionados com a subjetividade dos sujeitos, obtidas através da satisfação de usuários, qualidade do cuidado, relação interpessoal e organização do sistema. Ademais, quando se trata de avaliação em saúde, é indispensável atentar para a determinação política, o local e a lógica econômico-financeira que atravessa os programas sob análise, uma vez que essas forças podem influenciar de modo decisivo na implantação efetiva de determinado programa.

A abordagem avaliativa, segundo Champagne et al. (2011), parte da elaboração de questões que podem se referir a uma apreciação normativa ou a uma pesquisa avaliativa. A apreciação normativa diz respeito à comparação dos componentes da intervenção à normas. Nesse tipo de avaliação costuma-se medir o grau de conformidade da intervenção (recursos empenhados, serviços produzidos e resultados obtidos) aos critérios definidos em normas de referência. A pesquisa avaliativa, por outro lado, utiliza métodos científicos validados e reconhecidos para avaliar o grau de adequação de uma intervenção em relação ao contexto que está inserida. Essa avaliação, por seu turno, pode analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção.

A análise lógica, a qual fará parte do presente estudo, avalia se há adequação entre os objetivos da intervenção, ou seja, se os pressupostos teóricos dão conta de solucionar os

problemas e, de fato, corrigir a situação (CHAMPAGNE et al., 2011). No caso da RAPS, a análise lógica busca avaliar o mérito da intervenção, as atividades, os recursos e os resultados a partir da teoria e dos objetivos da Reforma Psiquiátrica vigente.

4.5 Avaliação no campo da saúde mental

A temática da avaliação relacionada aos serviços de saúde mental esteve presente desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1987, momento no qual a função da avaliação estava fortemente relacionada ao controle, a participação social e a necessidade de mudança do modelo assistencial era premente, apesar de não se saber ao certo quais deveriam ser os serviços para se constituir a rede de saúde mental (BRASIL, 2005a).

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental também aborda a questão da avaliação, relacionando-a com a possibilidade de se produzir mais estudos no campo da saúde mental, que abordassem aspectos sociais e epidemiológicos dos usuários, bem como do cuidado prestado. Em textos de apoio dessa conferência figurou entre os desafios dos novos modelos da Reforma Psiquiátrica a criação de indicadores de avaliação. No ano de 1996, foi realizada no Panamá, com a participação de vários países da América Latina, a 1ª Reunião de Avaliação da Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica. As propostas elaboradas a partir desse evento foram dirigidas à Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Dentre as quais estava a definição de indicadores para a avaliação dos efeitos do processo de reestruturação da assistência em saúde mental (ALMEIDA, 2002).

Em 2002, o Relatório Mundial da Saúde¹¹ trouxe à tona o tema “Saúde mental: nova concepção, nova esperança”. O relatório apontou a necessidade de avaliação, reavaliação e reformulação dos serviços de saúde mental na maior parte do mundo, com a finalidade de ser atingido o melhor tratamento possível. Além disso, assinalou a importância do monitoramento das ações e dos serviços de saúde mental a partir da inclusão do quantitativo de pessoas com transtornos psíquicos, de indicadores de qualidade da assistência e de medidas mais gerais obtidas nos sistemas de informação para o acompanhamento das tendências e alterações nas condições de saúde mental das populações e avaliação da efetividade dos programas tanto de prevenção, quanto de tratamento (WHO, 2002).

¹¹ O relatório também discute aspectos, tais como a garantia da disponibilidade de psicotrópicos, a articulação intersetorial, a escolha de opções de saúde mental, os papéis público e privado na prestação de serviços, a formação de recursos humanos, a definição de papéis e funções dos trabalhadores de saúde e a promoção da saúde mental e dos direitos humanos das pessoas com perturbações mentais (WHO, 2002).

Para Campbell et al. (2007), muitas atividades realizadas nos serviços de saúde são consideradas como bastante complexas. Por isso, avaliar intervenções complexas, como é caso do campo da atenção psicossocial pode ser um desafio considerável e requer um investimento substancial de diversos recursos e de tempo.

Nessa perspectiva, a necessidade de avaliação na área de saúde mental, no Brasil, tornou-se imprescindível no processo de superação de seus tradicionais modelos – falhos no estabelecimento de fluxos entre as políticas, programas e resultados (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012). Para Almeida (2002), ainda mais crucial tornou-se a avaliação da rede de saúde mental frente às transformações observadas ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, especialmente a implementação dos serviços substitutivos no Brasil.

Entretanto, é consenso que os parâmetros de avaliação presentes no campo da assistência psicossocial são insuficientes, sobretudo, no que concerne aos indicadores sintetizados no desenvolvimento laboral dos serviços que reflitam, de fato, o cotidiano. A carência de dados da produção de parâmetros epidemiológicos, clínicos, institucionais e administrativos é um grande desafio a ser enfrentado. Essa situação pode ser considerada como um reflexo da ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas (PITTA, 2011).

Além de tudo, a sintetização de indicadores na área da saúde mental é limitada, na comparação com outras áreas do campo da saúde. Com a mudança de paradigma em curso na área, após a instalação dos serviços de comunidade e a redução dos leitos hospitalares, as dificuldades para avaliar os serviços da rede de saúde mental estão relacionadas aos parâmetros utilizados com caráter mais universalizante ou à própria precariedade dos indicadores disponíveis, além de receios institucionais ou dos profissionais em expor práticas ainda em fase de consolidação (ALMEIDA, 2002).

Levando-se em consideração as múltiplas realidades vigentes e a falta de eficácia dos sistemas de informações atuais, Silva, Camargo e Bezerra (2018) chamam atenção para a necessidade premente de qualificação dos registros realizados através dos CAPS no SIA-SUS, para possibilitar o devido monitoramento em espectro nacional e comparações diversas. Hodiernamente, as avaliações apresentadas ano a ano pela Área Técnica de Saúde Mental produz apenas alguns recortes do modelo, no âmbito nacional, incluindo a criação de novos serviços, diminuição do número de leitos e o total de financiamento repassado, sem avanço nas análises.

A mudança do modelo da assistência psiquiátrica, apesar de legitimada por uma série de leis, portarias e pela Política Nacional de Saúde Mental ainda encontra resistência à lógica manicomial. A avaliação dos serviços não garante, por si só, a mudança, mas deve ser

empregada como um dispositivo que possa contribuir para a construção de sujeitos sociais capazes de reconhecer e transformar a realidade em que estão inseridos. A necessidade de avaliação dos projetos realizados a partir da Reforma Psiquiátrica são de extrema relevância para subsidiarem a sua própria expansão (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

Na ótica de Saraceno et al. (1993), o advento da Reforma Psiquiátrica permitiu que as definições de avaliação e de qualidade passassem a ser repensadas em uma conjuntura de valorização e de respeito à cidadania do portador de um problema mental. Nesse contexto, ganharam destaque as metodologias de avaliação que pudessem captar os processos em curso e fossem capazes de estabelecer relações entre o que o serviço dispõe e o resultado que pretende alcançar.

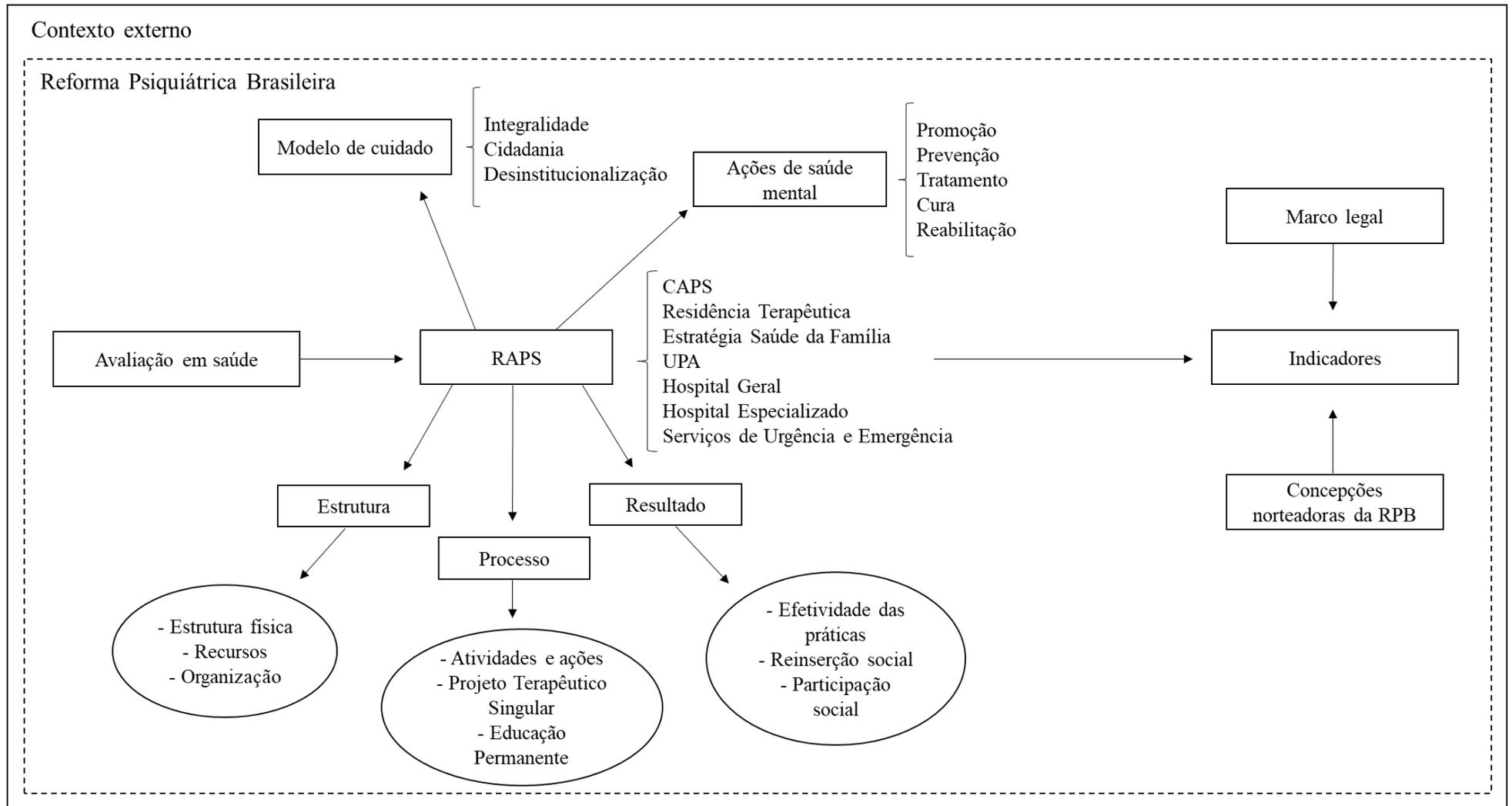
É válido ressaltar que ultimamente, no Brasil, tem sido dada maior ênfase aos estudos avaliativos dos serviços de saúde mental realizados a partir da sintetização de indicadores para a avaliação dos CAPS. Por outro lado, menor ênfase tem-se dado aos resultados propriamente ditos da avaliação, apesar das proposições de parâmetros qualitativos em relação à satisfação dos usuários e dos familiares (SILVA; CAMARGO; BEZERRA, 2018).

Além disso, é necessário avaliar dimensões pouco passíveis de serem apreendidas por medições e indicadores, com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados entre os níveis de assistência, como é caso da percepção dos usuários e familiares sobre os grupos de apoio, oficinas e demais ações ofertadas em um CAPS, por exemplo. O processo avaliativo precisa ainda ser participativo, dando voz aos familiares dos usuários dos serviços de saúde mental e permitindo, assim, o compartilhamento dos resultados das análises pelo avaliador e pelo grupo de interesse (DUARTE et al., 2018; PANIAGUA et al., 2018).

Partindo desse pressuposto, a Figura 3 tem como finalidade apresentar o modelo teórico para avaliação da RAPS, considerando que a rede faz parte de um contexto externo que envolve a reforma psiquiátrica, a política de saúde mental e a mudança do modelo de cuidado nesse campo. O modelo de cuidado adotado pelos serviços de saúde mental visa alcançar a integralidade da atenção, promover o respeito à cidadania e estimular a desinstitucionalização.

Os componentes da rede e os pontos de atenção, quais sejam, os CAPS, as residências terapêuticas, a atenção básica, a atenção de urgência e emergência, dentre outros, ofertam ações e serviços voltados para promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, que foram avaliados conforme as dimensões de estrutura, processo e resultado, além da percepção dos trabalhadores da saúde mental sobre o funcionamento da rede. Através de indicadores, a RAPS será avaliada à luz do marco legal e das concepções norteadoras da RPB.

Figura 3 - Modelo teórico para avaliação da Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Elaborado pela autora.

5 METODOLOGIA

A metodologia refere-se ao caminho e ao instrumental próprios de aproximação da realidade, empregados de modo ordenado e sistematizado, para se alcançar o melhor resultado possível. A metodologia inclui ainda as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que irão possibilitar a compreensão do objeto a ser pesquisado, além da criatividade intrínseca do pesquisador (MINAYO, 2005; SANTANA; NASCIMENTO, 2010).

O presente estudo utilizou como base para a avaliação da RAPS a concepção de Donabedian que envolve três dimensões, a saber, estrutura, processo e resultado. A seguir, foram apresentadas as etapas do percurso metodológico que também englobaram as concepções teóricas da referida abordagem que serviram de base de sustentação da pesquisa.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa da RAPS nacional, estadual e de um município de grande porte da Bahia. O estudo foi realizado através de duas abordagens: quantitativa para mapeamento, descrição e análise da evolução da RAPS do SUS nacional e avaliação da estrutura, processo e resultado de serviços da RAPS do estado da Bahia; e qualitativa para a avaliação da RAPS na perspectiva dos trabalhadores da saúde mental de um município de grande porte da Bahia.

Ao desenvolver uma proposta investigativa, segundo Minayo (2005), o pesquisador reconhece a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informação necessária para alcançar os objetivos propostos. Certamente, uma pesquisa avaliativa de políticas sociais na qual se pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode se restringir à apenas um tipo de método.

Geralmente podem ser utilizados instrumentos quantitativos para avaliar aspectos relacionados à estrutura dos programas, como elas se realizam processualmente e quais são os seus resultados. Ao inserir a abordagem qualitativa é possível compreender as percepções dos atores envolvidos nas ações e serviços de saúde, os embates na continuidade do cuidado e em qual contexto essas ações são desenvolvidas, não percebidas com profundidade nos estudos predominantemente quantitativos (MINAYO, 2005; SANTOS, 2010).

Nesse sentido, a interação metodológica entre as abordagens quantitativas e qualitativas é importante, à medida que cada uma, com suas peculiaridades, são capazes de fornecer informações tanto do coletivo, quanto do singular e individual (DESLANDES; ASSIS, 2002).

Portanto, no presente estudo foram utilizadas as duas abordagens, uma vez que avaliar a RAPS no contexto atual envolve não somente uma realidade quantificável, mas também atores dotados de singularidades e subjetividades, os quais inseridos em um contexto de mudança de paradigma, necessitam ser abordados conforme seus processos históricos e sociais.

O referencial teórico utilizado para avaliar os serviços de saúde mental foi a concepção sistêmica de Donabedian, que emprega a tríade estrutura-processo-resultado (DONABEDIAN, 1992). A produção com seus componentes se desenvolve em dado tempo e espaço e as análises se mostram interdependentes, abertas e permeáveis ao usuário do sistema, que faz parte do processo, sendo capaz de influenciar tanto sua dinâmica quanto os resultados.

A estrutura descreve todos os recursos ou partes envolvidos no processo e que se encontram mobilizados, disponíveis para a produção do cuidado, sendo anteriores, no tempo, ao processo que é a soma de todas as ações que compõem a saúde. O resultado se refere à característica do usuário que foi modificada durante o processo. A avaliação dos resultados revela os efeitos da ação desenvolvida pelos serviços, que pode ser medido através de indicadores de saúde, como morbidade, mortalidade, satisfação do usuário, dentre outros (TANAKA; MELO, 2004).

Na avaliação proposta pelo estudo, foram analisados os parâmetros de estrutura, processo e resultado dos serviços de saúde mental que compõem a RAPS do estado da Bahia, a saber, CAPS, SRT, ESF.

No que se refere à investigação qualitativa, esta possibilitou um aprofundamento maior nas dimensões citadas acima. O município escolhido para o estudo de base qualitativa foi uma cidade de grande porte do estado da Bahia que possui todos os serviços da RAPS definidos na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, permitindo conhecer e avaliar o funcionamento da rede segundo as dimensões de estrutura-processo-resultado na perspectiva dos profissionais da saúde mental.

5.2 Lócus de investigação

O campo de investigação deste estudo foi o estado da Bahia, e, no sentido de ampliar o seu escopo, foi feita uma análise da evolução da RAPS nacional. O estudo qualitativo foi realizado no município de Feira de Santana, por sua localização e importância na RAPS no interior do estado da Bahia.

Os dados referentes à RAPS nacional foram provenientes dos sistemas de informação disponíveis na internet – esses sistemas estão descritos mais adiante no tópico 5.3 que trata das

fontes de dados. Para o estudo avaliativo, os dados foram provenientes de questionário eletrônico enviados para os CAPS e as residências terapêuticas da Bahia, e as USF do município de Feira de Santana. Já os dados para o estudo de base qualitativa foram coletados nos CAPS e no Hospital Especializado Lopes Rodrigues do município de Feira de Santana.

O Brasil é uma federação composta por 26 estados e um Distrito Federal, com uma população de mais de 210 milhões de habitantes e contém a capital do país: Brasília (IBGE, 2019). O SUS funciona em todo o país sob responsabilidade de três níveis de governo (federal, estadual e municipal), que partilham o seu financiamento. Possui direção única em cada um desses níveis, sendo exercida através do Ministério da Saúde, das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e das 5.570 Secretarias Municipais de Saúde. Os estados e o Distrito Federal estão agrupados nas seguintes regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

No que se refere aos estabelecimentos de saúde que compõem as redes de atenção à saúde no Brasil, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de 2019, o país possui 2.705 academias da saúde, 3.049 CAPS, 37.564 Centros de Saúde/Unidades Básica de Saúde, 51.610 ambulatórios especializados, 952 hospitais especializados, 5.077 hospitais gerais, 690 hospitais dia, 29 laboratórios centrais de saúde pública, 9.048 policlínicas, 4.232 unidades móveis de urgência/emergência, dentre outros.

A Bahia, localizada na região Nordeste do Brasil, possui uma população de 14.857.292 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano 2019, concentrando 7,1% do total de habitantes da federação. O estado possui densidade demográfica de 24,82 habitantes/km² (IBGE, 2019). De acordo com a última atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR) oficializada pela Resolução da CIB nº 164, de 28 de maio de 2013, o estado é composto por 417 municípios organizados em nove macrorregiões (Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul) e em 28 regiões de saúde.

As macrorregiões de saúde correspondem à grandes agrupamentos de municípios, que constituem uma ou mais regiões de saúde. Possuem um município que é a referência regional para as ações e serviços de saúde chamado de município polo (SOUZA; SOUZA; PINTO, 2014). As regiões de saúde, por seu turno, foram definidas pelo Decreto 7.508/2011 como sendo o espaço geográfico contínuo composto por grupamentos de municípios limítrofes, demarcados a partir de identidades socioeconômicas e culturais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes partilhados, a fim de proporcionar o planejamento, a organização e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

O município de Feira de Santana possui uma população de 609.913 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2018, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2019). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo 661 estabelecimentos de saúde credenciados e 1.107 leitos SUS, conforme dados do CNES, de 2015 (BAHIA, 2016).

Em relação aos estabelecimentos de saúde, conforme apresentado na Tabela 1, o estado da Bahia possui 3.518 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 3.640 equipes de saúde da família (CNES, 2019a). A cobertura da atenção básica, segundo dados do Departamento da Atenção Básica (DAB) em 2018, foi de 77,59%, abrangendo uma população de 11.906.905 habitantes (DAB, 2018). No que se refere à atenção ambulatorial de saúde, encontram-se na Bahia 680 policlínicas, 3.753 ambulatórios especializados e 281 CAPS. O estado possui ainda 70 hospitais especializados, 465 hospitais gerais e 119 hospitais dia, somando 654 hospitais (CNES, 2019a).

A RAPS do estado da Bahia possui 281 CAPS, sendo que 190 municípios possuem apenas uma unidade e Salvador possui 19 serviços de Atenção Psicossocial. Os CAPS estão presentes em municípios de maior porte populacional, mas as formas de acesso para aqueles que não dispõem de serviços não são conhecidas. A RAPS da região de saúde de Feira de Santana possui 19 CAPS, sendo que dos 28 municípios, 14 (50%) possuem esse tipo de serviço e Feira de Santana possui o maior número, cinco (5) unidades (DATASUS, 2019).

Tabela 1 - Quantidade de estabelecimentos de saúde na Bahia, no ano de 2019

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
Academia da Saúde	174
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	281
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	3.518
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	3.753
Hospital Especializado	70
Hospital Geral	465
Hospital Dia	119
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN	3
Policlínica	680
Unidade Móvel de Nível Pre-Hosp-Urgência/Emergência	393
Unidade de Vigilância em Saúde	180
TOTAL	9.636

Fonte: CNES, 2019.

A quantidade de leitos de internação, até março de 2019, totalizava 32.114, sendo 24.759 leitos do SUS e 7.355 leitos não SUS. Os leitos clínicos detêm o maior número, com 9.947 leitos, seguido pelos leitos cirúrgicos (7.781), pelos leitos de pediatria (4.321), obstétricos (4.257), complementares que inclui leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e unidade de cuidados intermediários, totalizando 3.039, hospital dia com 1.190 leitos e psiquiatria com um total de 873 (CNES, 2019b).

Tabela 2 - Distribuição de leitos SUS e não SUS no estado da Bahia, em 2019

DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS	LEITOS NÃO SUS
Cirúrgico	7.781	5.821	1.960
Clínico	9.947	8.337	1.610
Complementar (UTI adulto, ped. e unidade de cuidados intermediários)	3.039	1.670	1.369
Obstétrico	4.257	3.632	625
Pediátrico	4.321	3.759	562
Psiquiatria	873	545	328
Hospital Dia	1.190	337	853
Outras Especialidades	706	658	48
TOTAL	32.114	24.759	7.355

Fonte: CNES, 2019

No que concerne aos equipamentos de média e alta complexidade existentes, dados coletados em março de 2019 apontam que a Bahia contava com 4.357 aparelhos de Raio X, 140 de ressonância magnética, 1.126 de ultrassom doppler colorido, 2.182 de eletrocardiógrafos, 357 de eletroencefalógrafo, 1.886 equipamentos de hemodiálise, 381 mamógrafos e 225 tomógrafos, dentre outros (CNES, 2019c).

5.3 Fonte de dados

Para a construção da base quantitativa, constituíram fontes de dados os seguintes sistemas de informação de domínio público: Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/SUS); Fundo Nacional de Saúde (FNS); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram consultados também documentos disponíveis na internet, como Plano Estadual e Municipal de Saúde e Relatório Anual de Gestão estadual e municipal, que podem ser acessados

de forma gratuita no Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS). Além disso, foram realizadas entrevistas com trabalhadores da saúde mental e enviados questionários eletrônicos para coordenadores dos CAPS baianos e coordenadores de ESF do município de Feira de Santana, que constituíram as fontes de dados primários da pesquisa.

O Quadro 2 mostra a abrangência de cada objetivo do estudo e a fonte de dados, a fim de responder as perguntas de investigação da pesquisa.

Quadro 2 - Abrangência e fontes de dados para alcançar os objetivos do estudo

Pergunta de investigação	Objetivo	Abrangência	Fonte de dados
Como está organizada e estruturada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	Analisar a evolução dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial nacional;	Nacional	Dados secundários
Como a RAPS tem incorporado os pressupostos e as normas da RPB na organização da rede, na oferta de serviços e no cotidiano das práticas?	Avaliar serviços da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica: estrutura, processo e resultado, no estado da Bahia;	Estadual	Dados primários e secundários
Como os trabalhadores da saúde mental avaliam os serviços que compõem a RAPS?	Compreender a percepção dos trabalhadores da saúde mental acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de um município de grande porte do estado da Bahia.	Municipal	Dados primários

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4 Participantes do estudo

A delimitação dos participantes do estudo se deu a partir da diversidade do processo que se pretendeu avaliar e compreender, onde não se trata de critérios numéricos, uma vez que essa pesquisa não se preocupa com a generalização dos resultados, mas sim com o aprofundamento da análise.

Desse modo, os participantes foram divididos em dois grupos:

Grupo I – Coordenadores dos CAPS e ESF;

Grupo II – Trabalhadores de saúde (enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, dentre outros, dos CAPS e hospital especializado);

Dentre os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram levados em consideração: Grupo I – gestores ativos, que não estavam de férias ou licença, com no mínimo 06 meses de experiência no serviço ou setor; Grupo II – trabalhadores ativos, que não estavam de férias ou licença, com no mínimo 06 meses de experiência e que atuasse no serviço de atenção psicossocial e hospital especializado.

Para a abordagem quantitativa, no grupo dos coordenadores, foram enviados questionários para os coordenadores dos CAPS e da ESF. Já para a qualitativa, o tamanho da amostra seguiu o critério de saturação, quando, pelo conhecimento e expertise do investigador, é contemplada a coletividade, diversidade e intensidade das informações coletadas para análise, sendo realizadas ao todo 12 entrevistas com profissionais de saúde mental, sendo oito entrevistados que atuavam nos CAPS e quatro no Hospital Psiquiátrico Lopes Rodrigues (HELRL) de Feira de Santana, BA.

5.5 Instrumento de coleta de dados

Donabedian (1966) propôs que os estudos avaliativos deveriam buscar contemplar as três dimensões da produção da atenção em saúde: a estrutura, o processo e os resultados. A avaliação de apenas uma das dimensões poderia comprometer a interpretação dos achados e, assim, o julgamento que é a ação final resultante de toda avaliação.

Para construir uma metodologia de avaliação é necessário definir as dimensões e os componentes que serão avaliados em cada uma delas. O Quadro 3 apresenta as dimensões estrutura, processo e resultado e a descrição dos componentes que fizeram parte da avaliação. Para os serviços de saúde mental que compõem a RAPS foram avaliados esses critérios, que necessitaram de dados quantitativos e qualitativos, a depender da natureza do indicador e da dimensão que foi medida.

Quadro 3 - Componentes gerais de avaliação da RAPS do estado da Bahia

Dimensão	Estrutura	Processo	Resultado
Componentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrutura física ▪ Recursos materiais ▪ Recursos humanos ▪ Recursos organizacionais ▪ Recursos comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de cuidado (integralidade e cidadania) ▪ Participação nos grupos de família ▪ Projeto Terapêutico Singular (PTS) ▪ Ações de cuidado ▪ Articulação com o território ▪ Educação permanente ▪ Participação do usuário e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efetividade das práticas ▪ Reinserção social ▪ Atendimento às situações de crise

Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 3 podem ser visualizados os componentes que foram utilizados na avaliação dos serviços de saúde mental conforme o que está expresso na legislação que compõe a política de saúde mental, bem como na literatura. Em relação à estrutura dos serviços: estrutura física; recursos materiais; recursos humanos; recursos organizacionais; recursos comunitários.

No que se refere ao processo foram avaliados: modelo de cuidado empregado nos serviços de saúde mental, levando-se em consideração a integralidade e a cidadania; atendimento às situações de crise; participação nos grupos de família; Projeto Terapêutico Singular (PTS); cuidado prestado (atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, dentre outros); articulação com o território; participação do usuário e familiares. Os resultados, notadamente de difícil obtenção, englobaram os seguintes critérios: efetividade das práticas; reinserção social dos usuários; e atendimento às situações de crise.

O Quadro 4 apresenta os indicadores de estrutura, processo e resultado avaliados nos CAPS. No quadro de análise está detalhada a definição dos componentes, os parâmetros, os indicadores, os critérios e a fonte de dados, elaborados com base na literatura e nas seguintes portarias: Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011; Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013.

No Quadro 5, podem ser observados os indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação das Residências Terapêuticas com base na Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.

O Quadro 6, por sua vez, exibe os indicadores para avaliação da atenção psicossocial na ESF selecionados com base nos Cadernos de Atenção Básica, nº 34, de 2013 que se refere à saúde mental na APS. Vale lembrar que no que tange aos componentes avaliados no âmbito da ESF foram feitos recortes nas dimensões de estrutura, processo e resultado para contemplar a mudança do modelo de cuidado em saúde mental e os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Os questionários utilizados para obtenção dos dados foram construídos majoritariamente a partir da literatura e legislações de modo a atender os parâmetros definidos nos quadros de análise (CORREA, 2011; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014; ONOCKO-CAMPOS et al., 2017). O formato dos questionários apresentou, em sua maioria, perguntas fechadas do tipo “sim” e “não” e, abertas, que necessitavam de uma resposta mais precisa.

As entrevistas e os preenchimentos dos formulários foram realizados somente após a aceitação em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A – em duas vias, ficando uma delas com o participante – o TCLE também foi adicionado ao questionário eletrônico. É válido ressaltar que as entrevistas para a abordagem qualitativa foram realizadas tanto no próprio local de trabalho como também através do aplicativo Zoom, devido às restrições impostas pela pandemia do novo coronavírus¹². As entrevistas presenciais foram realizadas em ambiente que permitiu manter a privacidade dos participantes e as medidas de segurança, como distanciamento social e uso de máscara. As entrevistas foram agendadas, de modo a assegurar que a pesquisa não comprometesse as atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, conforme Resolução CNS nº 580 de 2018.

O questionário para avaliação dos CAPS (Apêndice B) conta com 5 blocos: Bloco 1- Identificação; Bloco 2- Avaliação da estrutura; Bloco 3- Avaliação do processo; Bloco 4- Avaliação dos resultados; Bloco 5- Avaliação do CAPS na Rede de Atenção Psicossocial. O questionário para avaliação da ESF (Apêndice C) é composto por 3 blocos: Bloco 1- Identificação; Bloco 2- Avaliação do cuidado em saúde mental na ESF; Bloco 3- Avaliação da ESF na Rede de Atenção Psicossocial. O questionário para avaliação das Residências Terapêuticas (Apêndice D) é composto por três blocos: Bloco 1- Identificação; Bloco 2- Avaliação da estrutura, processo e resultado; Bloco 3- Avaliação do SRT na Rede de Atenção Psicossocial.

¹² Em dezembro de 2019, eclodiu a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado inicialmente em Wuhan na China e causou a COVID-19, sendo em seguida disseminada e transmitida pessoa a pessoa, e mais tarde considerada uma pandemia pela OMS. Os sintomas da COVID-19 são basicamente de uma Síndrome Gripal, com presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre associada a dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, até uma pneumonia severa. Como a transmissão acontece de uma pessoa doente para outra ou por contato próximo, as medidas de prevenção incluem higienização das mãos, distanciamento social e utilização de máscaras (BRASIL, 2021).

Quadro 4 - Indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação dos CAPS

COMPONENTE	DEFINIÇÃO	PARÂMETRO	INDICADOR	CRITÉRIOS	FONTE DE DADOS
ESTRUTURA					
Estrutura física	Espaços físicos mínimos que devem compor os CAPS	<p>- A estrutura física dos CAPS deve conter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultórios para atividades individuais • Salas para atividades grupais • Espaço de convivência • Oficinas • Refeitório • Sanitários • Área externa para recreações e esportes <p>- Adequação e boas condições do espaço físico</p> <p>- Possuir espaço físico próprio conforme Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento</p> <p>- Possuir climatização no ambiente</p> <p>- Possuir acessibilidade para pessoas com deficiência</p>	<p>Existência e quantidades dos espaços físicos</p> <p>Existência espaço físico próprio</p> <p>Existência de climatização</p> <p>Existência de acessibilidade para pessoas com deficiência</p>	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>
Recursos Materiais	Disponibilidade de materiais para a realização das atividades	Possuir os materiais e equipamentos adequados à realização das atividades	Existência de materiais Questionamento sobre a falta de materiais no serviço	<p>Adequado: Não faltar materiais com frequência</p> <p>Inadequado: Faltar materiais com frequência</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>

Equipe Técnica	Equipe mínima para cada tipo de CAPS	<p>CAPS I:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro • 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional • 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão <p>CAPS II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional • 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão <p>CAPS III:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 médicos psiquiatras • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais • 8 profissionais de nível médio <p>CAPSi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental; • 1 enfermeiro; • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais • 5 profissionais de nível médio <p>CAPSad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 médico psiquiatra 	Número de profissionais de cada categoria	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>
-----------------------	--------------------------------------	--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> • 1 enfermeiro com formação em saúde mental • 1 médico clínico • 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais • 6 profissionais de nível médio 			
Leitos	Número de leitos existentes em cada tipo de CAPS para observação	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS III - máx. 05 leitos • CAPS ad - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso 	Nº de leitos/CAPS	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>
Refeição	Refeições diárias precisam ser oferecidas para usuários que permanecem um período de tempo maior na unidade	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS I, CAPS II, CAPS i e CAPS ad - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. • CAPS III - além das refeições citadas, os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias 	Nº de refeições/turno	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>
Período e horário de funcionamento	Funcionamento diário do CAPS	<p>O serviço deve funcionar da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CAPS I - 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana; • CAPS II, CAPS i e CAPS ad - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas; • CAPS III - atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. 	Horas de funcionamento; Número de turnos em funcionamento	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissional de saúde do CAPS</p>

Crêterios de acesso	Existência de critérios de acesso ao CAPS	- Diagnóstico: paciente com transtorno mental severo e persistente para todos os CAPS; - Faixa-etária: crianças e adolescentes para os CAPSi; - Usuários com transtornos pelo uso de substâncias psicoativas para os CAPS AD; - Critério de residência no município ou região de saúde.	Existência de critérios de acesso	Adequado: Atende as normas Inadequado: Não atende as normas	Coordenador do CAPS Profissional de saúde do CAPS
Classifica�o dos usuários	Classifica�o dos usuários em intensivo, semi-intensivo e não intensivo	Classificar os usuários em atendimento intensivo, que é aquele que necessita de acompanhamento diário; semi-intensivo que necessitam de acompanhamento frequente, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que pode ter uma frequência menor.	Realiza�o da classifica�o dos usuários	Adequado: Atende as normas Inadequado: Não atende as normas	Coordenador do CAPS Profissional de saúde do CAPS
Referência e contrarreferência	Sistema de referência e contrarreferência para outros serviços da rede	Os CAPS precisam estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de aten�o médica, quando necessário.	Existência de sistema de referência e contrarreferência	Adequado: Atende as normas Inadequado: Não atende as normas	Coordenador do CAPS Profissional de saúde do CAPS
PROCESSO					
Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhados	N� de PTS elaborados em conjunto pelos profissionais	Elabora�o de PTS compartilhado pelos profissionais para todos os usuários	N� de PTS confeccionados/Total de usuários	Adequado: Confec�o de PTS compartilhado para todos os usuários Inadequado: Os usuários não possuem PTS compartilhados	Coordenador do CAPS Profissionais de saúde do CAPS

Cuidado prestado	Ações de cuidados prestadas nos CAPS devem incluir as atividades definidas pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002	<ul style="list-style-type: none"> • 100% das atividades de realizadas: <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento individual - Atendimento em grupos - Oficinas terapêuticas - Visitas domiciliares - Atendimento à família - Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social - Reuniões de equipe frequentes - Projeto de geração de renda 	Identificar as atividades desenvolvidas	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
Ações de promoção e prevenção	Ações voltadas para a promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento em geral	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ações de promoção da saúde mental; • Realização de ações de prevenção de outras doenças. 	Existência de ações de promoção e prevenção	<p>Adequado: Realiza ações de promoção e prevenção</p> <p>Inadequado: Não realiza ações de promoção e prevenção</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
Articulação com o território	Utilização de outros recursos do território para complementar a assistência	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de outros espaços físicos do território • Parcerias com outras instituições 	Existência de articulação com o território	<p>Adequado: Realiza ações de articulação com o território</p> <p>Inadequado: Não realiza as ações de articulação com o território</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
Educação permanente	Investimento em ações de Educação Permanente	Capacitação ou treinamento de saúde mental, atenção psicossocial, transtornos mentais, dentre outros, de forma periódica	Frequência das capacitações ou treinamentos	<p>Adequado: Realizar capacitações</p> <p>Inadequado: Não realizar capacitações</p>	Coordenador do CAPS

Participação social	Participação dos usuários ou familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir mecanismos de participação social dos usuários ou familiares; Participação dos usuários e familiares na avaliação do serviço. 	Existência de mecanismos de participação social dos usuários e/ou familiares no serviço	<p>Adequado: Possuir mecanismos de participação</p> <p>Inadequado: Não possuir mecanismos de participação</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
RESULTADO					
Efetividade das práticas	Efeitos relacionados à saúde mental dos usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Redução do número de recidivas em pacientes crônicos; 	Ocorrência de recidivas em pacientes crônicos	<p>Adequado: Redução do número de recidivas em pacientes crônicos</p> <p>Inadequado: Aumento de recidivas em pacientes crônicos</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
Atendimento às situações de crise	Capacidade do CAPS de ser resolutivo nas situações de crise	<ul style="list-style-type: none"> • Atender as situações de crise no próprio serviço sem necessitar de encaminhamento para outros serviços 	Existência de atendimento em situação de crise	<p>Adequado: Realizar o manejo de usuário em crise no serviço</p> <p>Inadequado: Não realizar o manejo de usuário em crise no serviço</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>

Reinserção social	Reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários	<ul style="list-style-type: none"> • Os usuários provenientes de internações em hospitais psiquiátricos estejam reinseridos na sociedade e como o serviço extra-hospitalar contribui para a reinserção social • Inserção de usuários no mercado de trabalho 	Existência de usuários reinseridos no mercado de trabalho	<p>Adequado: Possuir usuários reinseridos no mercado de trabalho</p> <p>Inadequado: Não possuir usuários reinseridos no mercado de trabalho</p>	<p>Coordenador do CAPS</p> <p>Profissionais de saúde do CAPS</p>
--------------------------	---	---	---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação das Residências Terapêuticas

COMPONENTE	DEFINIÇÃO	PARÂMETRO	INDICADOR	CRITÉRIOS	FONTE
ESTRUTURA					
Número de moradores	Número de moradores que podem ser acolhidos por cada tipo de Residência Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • SRT tipo I - Máximo 08 moradores • SRT tipo II - Máximo 10 moradores 	Identificar o número de moradores da Residência Terapêutica	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	Profissional de referência do SRT
Equipe técnica	Equipe para a realização de acompanhamento das pessoas em processo de desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • SRT tipo I – um cuidador • SRT tipo II - cuidador de saúde e técnico de enfermagem (05 cuidadores em regime de escala e 01 profissional técnico de enfermagem diário) 	Número de profissionais de cada categoria	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	Profissional de referência do SRT
Estrutura física	Morada destinada ao acolhimento das pessoas com transtornos mentais com histórico de longas internações em hospitais psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de estar • Dormitórios devidamente equipados com cama e armário, três por dormitório • Copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários, como geladeira, fogão, filtros, armários etc. 	Número de cômodos	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	Profissional de referência do SRT
Refeição	Refeições diárias oferecidas para os moradores	Garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar	Número de refeições diárias	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	Profissional de referência do SRT
PROCESSO					

Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Número de PTS elaborados	100% dos usuários com PTS	Nº de PTS/Nº total de moradores X 100	Adequado: Atende as normas Inadequado: Não atende as normas	Profissional de referência do SRT
Acompanhamento terapêutico	Acompanhamento terapêutico é utilizado no processo de reapropriação do espaço urbano e aquisição de autonomia para diversas tarefas	Realização de acompanhamento diário às Residências Terapêuticas	Visitas realizadas diariamente	Adequado: Atende as normas Inadequado: Não atende as normas	Profissional de referência do SRT
Educação permanente	Investimento em ações de Educação Permanente	Capacitação ou treinamento de saúde mental, atenção psicossocial, transtornos mentais, dentre outros, de forma periódica	Frequência das capacitações ou treinamentos	Adequado: Realizar capacitações Inadequado: Não realizar capacitações	Profissional de referência do SRT
Protocolo de atenção à saúde mental	Mecanismos ou protocolos que definam as ações a serem realizadas e os fluxos assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> Existência de protocolo de atenção à saúde mental Existência de mecanismos ou protocolos que definam o fluxo do usuário na Rede de Atenção Psicossocial 	Verificação da existência de protocolo de atendimento e fluxo	Adequado: Existência dos protocolos e grau elevado de articulação da rede Inadequado: Não existência dos protocolos e baixo grau de articulação com a rede	Profissional de referência do SRT
RESULTADO					
Alta da residência	Pessoas que receberam alta da residência	Percentual alta registradas pelo serviço	Nº de altas no último ano/ Nº total de usuários já abrigados pela residência X 100	Adequado: Pelo menos uma (01) alta por ano Inadequado: Não ter registrado altas no período de um ano	Profissional de referência do SRT
Reinserção social	Usuários que participam de outras atividades fora da residência	<ul style="list-style-type: none"> Participação dos usuários em atividades fora da residência terapêutica; 	Nº de usuários que retornaram ao convívio familiar ou reinseridos na	Adequado: Pelo menos 1 usuário participando de atividades extramuro	Profissional de referência do SRT

		<ul style="list-style-type: none"> Retornar ao convívio familiar. 	sociedade/Nº total de usuários já abrigados pela residência X 100	<p>ou que tenha retornado ao convívio familiar no último ano</p> <p>Inadequado: Nenhum usuário reinserido no último ano</p>	
Auxílio financeiro para moradores	Auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas (Programa De Volta Para Casa conforme Portaria nº 1.511 de 24 de julho de 2013)	Benefício que consiste em pagamento mensal de auxílio pago ao próprio beneficiário, segundo critérios definidos na lei e no valor de R\$ 412,00, por um período de 01 (um) ano.	Nº de pessoas do PVC/Nº total de moradores X 100	<p>Adequado: Atende as normas</p> <p>Inadequado: Não atende as normas</p>	Profissional de referência do SRT

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 - Indicadores de avaliação da estrutura, processo e resultado para avaliação da atenção psicossocial na ESF

COMPONENTE	DEFINIÇÃO	PARÂMETRO	INDICADOR	CRITÉRIOS	FONTE DE DADOS
ESTRUTURA					
Atendimento de saúde mental	Agendamento ou atendimento à demanda espontânea de consultas para pessoas com transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> Realizar agendamento ou atendimento à demanda espontânea de consulta para pessoas com transtornos mentais Profissionais de saúde que realizam atendimento à demanda de saúde mental 	Existência de consultas agendadas ou atendimentos por demanda espontânea de pessoas com transtornos mentais	<p>Adequado: Realizar atendimento de saúde mental</p> <p>Inadequado: Não realizar atendimento de saúde mental</p>	Gerente da unidade
Registro dos usuários com transtornos mentais	Registro dos usuários com transtornos mentais da sua área de abrangência	<ul style="list-style-type: none"> Manter atualizado o registro dos usuários com transtornos mentais da sua área de abrangência Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas 	Existência de registro atualizado dos usuários com transtornos mentais e com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas	<p>Adequado: Possuir o registro</p> <p>Inadequado: Não possuir o registro</p>	Gerente da unidade
Dispensação de benzodiazepínicos	Dispensar medicamentos específicos para o tratamento dos transtornos mentais	<ul style="list-style-type: none"> Dispensar benzodiazepínicos Registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos 	<p>Ocorrência da dispensação de benzodiazepínico</p> <p>Existência do registro de uso crônico de benzodiazepínicos</p>	<p>Adequado: Possuir o registro</p> <p>Inadequado: Não possuir o registro</p>	Gerente da unidade
PROCESSO					
Ações de saúde mental	Práticas de cuidado realizadas na ESF	Podem ser realizados: grupos terapêuticos, grupos operativos, abordagem familiar, redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, grupos de convivência, grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros.	Ações de saúde mental/ESF	<p>Adequado: Realização das ações</p> <p>Inadequado: Não realização de ações de saúde mental</p>	Gerente da unidade

Protocolo de atenção à saúde mental	Mecanismos ou protocolos que definam as ações a serem realizadas e os fluxos assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de protocolo de atenção à saúde mental • Existência de mecanismos ou protocolos que definam o fluxo do usuário na Rede de Atenção Psicossocial 	Verificação da existência de protocolo de atendimento e fluxo	<p>Adequado: Existência dos protocolos e grau elevado de articulação da rede</p> <p>Inadequado: Não existência dos protocolos e baixo grau de articulação com a rede</p>	Gerente da unidade
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Elaboração de PTS compartilhado	Atendimento de forma integral a partir da realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de maior gravidade e complexidade	Nº de usuários com PTS/ESF	<p>Adequado: Elaborar PTS para os casos mais graves</p> <p>Inadequado: Não elaborar PTS para os casos mais graves</p>	Gerente da unidade
Educação permanente	Capacitação em saúde mental	Realização/participação de capacitação em saúde mental de forma periódica	Nº capacitações realizadas na ESF/ano	<p>Adequado: Realizar/participar de capacitações de forma periódica</p> <p>Inadequado: Não realizar/participar de capacitações</p>	Gerente da unidade
Matriciamento	Matriciamento ou apoio matricial entre as equipes para construção de projetos terapêuticos compartilhados	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciamento NASF • Matriciamento CAPS 	Existência de matriciamento com os CAPS e NASF	<p>Adequado: Ocorre o matriciamento</p> <p>Inadequado: Não ocorre o matriciamento</p>	Gerente da unidade
Visita domiciliar	Visita domiciliar aos usuários com transtornos mentais da área de abrangência	Realizar visita domiciliar aos usuários com transtornos mentais da área de abrangência	Visita domiciliar aos usuários	<p>Adequado: Realização de visitas</p> <p>Inadequado: Não realiza as visitas</p>	Gerente da unidade

RESULTADO					
Manejo em situação de crise	Capacidade da ESF de ser resolutivo nas situações de crise	Atender as situações de crise na própria unidade sem necessitar de encaminhamento para outros serviços	Nº de pacientes em situação de crise solucionados no serviço Realização de atendimento em situação de crise	Adequado: Realizar o manejo de usuário em crise no serviço Inadequado: Não Realizar o manejo de usuário em crise no serviço	Gerente da unidade
Articulação com o território	Acompanhamento de usuários atendidos em outros pontos de atenção	Realizar acompanhamento usuários atendidos em outros pontos de atenção	Nº de usuários acompanhados que são atendidos em outros pontos de atenção/ESF	Adequado: Acompanhar os usuários atendidos em outros pontos de atenção Inadequado: Não acompanhar os usuários atendidos em outros pontos de atenção	Gerente da unidade

Fonte: Elaborado pela autora.

O estudo de base qualitativa, por sua vez, contou também com roteiro de entrevista específico (Apêndice E). A fim de obter informações abrangentes sobre o objeto do estudo foram consultados documentos relacionados com a saúde mental e a RAPS nacionais, estaduais e municipais, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7 - Relação de documentos consultados

DOCUMENTOS		
NACIONAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil (2005)	Plano Estadual de Saúde da Bahia (2016-2019)	Plano Municipal de Saúde (2018)
Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Serviços Residenciais Terapêuticos	Plano Plurianual de Saúde Mental para o Estado da Bahia (2016-2019)	Plano Plurianual de Saúde (2018-2021)
Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Rede de Atenção Psicossocial	Relatório Anual de Gestão (2018)	Programação Anual de Saúde (2017/2018)
Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 – Centros de Atenção Psicossocial		Relatório Anual de Gestão (2017/2018)

Fonte: Elaboração pela autora.

5.6 Análise de dados

Ao final da coleta, da organização dos dados nas matrizes e da remodelagem dos indicadores foi efetuado um primeiro processo de avaliação em termos de cumprimento dos indicadores com o auxílio do programa Excel. Em um segundo momento da avaliação, entraram em cena componentes avaliativos relacionados aos princípios da RPB, como podem ser observados nos quadros de indicadores de avaliação da RAPS. Os dados quantitativos foram expressos a partir de medidas de tendência central, sendo utilizado também o SPSSwin.

Os critérios podem ser fornecidos normativamente por políticas ou normas estabelecidas ou por comissões de *experts*. Por se tratar da RPB que possui legislação específica, alguns critérios tiveram que levar em consideração o já estabelecido, como a normatização dos CAPS e SRT, por exemplo. Outras dimensões mais subjetivas como a percepção dos profissionais da saúde mental, utilizaram instrumentos de coleta qualitativos, que foram produzidos a partir da observação sistemática das práticas nos CAPS e Hospitais Psiquiátricos. Esses dados foram

analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979), que compõe um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a fim de obter indicadores, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (DONABEDIAN, 1966).

O interesse da análise de conteúdo de Bardin (1979) não é a descrição dos conteúdos das falas, propriamente, mas no que estes poderão ensinar posteriormente ao tratamento desses dados, por classificação, por exemplo. A análise de conteúdo visa produzir inferências de conhecimentos relativos às condições de produção, que, por sua vez, podem responder a dois tipos de questões: às causas da mensagem ou às consequências. Desse modo, esse método pretende encontrar respostas para as questões da pesquisa, a fim de confirmar, ou não, as afirmações estabelecidas antes da investigação, já que o texto é a forma com que as pessoas se expressam (GOMES, 1994; CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Quanto à organização da análise de conteúdo das mensagens do estudo em questão, esta se constituiu, segundo Bardin (1979), em três etapas que foram seguidas cronologicamente: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise envolveu a leitura inicial do conteúdo das entrevistas para constituição do *corpus* do estudo e recorte dos textos. A exploração do material permitiu a investigação detalhada dos dados brutos para a distribuição dentre as categorias estabelecidas e, posteriormente, o estudo aprofundado, orientado pelos objetivos e referenciais teóricos. Na última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram feitas as inferências acerca dos achados, além da análise reflexiva e crítica.

5.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e aprovada em 06/05/2020, número do parecer: 4.011.028, CAAE: 29343020.0.0000.0053, conforme Anexo A, sendo também submetida às instituições lócus do estudo (Anexo B e C), obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos nos estudos no campo da saúde e apresenta as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados coletados em sistemas de informação disponíveis na internet utilizados no estudo são de domínio público e qualquer cidadão brasileiro pode ter acesso a eles e questionar sobre seu significado.

As entrevistas foram realizadas após autorização dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice A – e posteriormente

foram gravadas e transcritas. No projeto inicial, o estudo pretendia entrevistar usuários e familiares que frequentavam os CAPS, mas não foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana, por conta das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, conforme Anexo C.

Como possíveis riscos da pesquisa, destacam-se perda, desvio, danos e divulgação de informações confidenciais sem a devida autorização e possibilidade de que alguma pergunta faça o entrevistado se recordar de situações desagradáveis ou constrangedoras, estando livre para responder ou não aos questionamentos. Para não causar prejuízo aos participantes, foi garantido o anonimato dos nomes presentes nos dados e não foram utilizados dados para o uso pessoal ou em divulgações que não estivessem vinculadas a produções científicas em parceria com o núcleo. Além disso, a manipulação dos dados ocorreu em ambiente confidencial e ficarão guardados por um período de cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador, no núcleo de pesquisa.

Os participantes da pesquisa terão direito de acesso aos dados do estudo, através de uma cópia do trabalho que ficará armazenada no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, localizados na Universidade Estadual de Feira de Santana.

No que diz respeito aos benefícios, os resultados da execução do presente projeto fornecerão suporte técnico para gestores, trabalhadores e planejadores das políticas públicas em saúde mental, assim como servirá de apoio para os familiares e a comunidade para superar as formas obsoletas de tratamento manicomial, a partir de novas práticas de acolhimento e cuidado, possibilitando a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 1

EVOLUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NO BRASIL, 2012-2018

EVOLUTION OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK (RAPS) IN BRAZIL, 2012-2018

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

Este estudo objetiva analisar a evolução e a distribuição dos principais serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil, de 2012 a 2018. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, a partir de dados secundários, analisados em relação às seguintes dimensões: tipos de serviços substitutivos; distribuição dos leitos psiquiátricos; distribuição de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); produção ambulatorial extra-hospitalar; e financiamento da RAPS. De modo geral, houve aumento em todos os serviços analisados, com destaque para as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com aumento de 40% no período, e para os CAPS, que aumentaram 30,93%. Entretanto, a maior parte dos municípios brasileiros (68,3%), com população menor que 20 mil habitantes, não contam com qualquer tipo de CAPS, além disso a cobertura de CAPS/100.000 habitantes aponta para um “nó” importante na rede da Região Norte do país, uma vez que se concentrou estados com as coberturas mais baixas e menores taxas de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes. Os leitos de saúde mental diminuíram, com redução mais expressiva entre os leitos de hospitais especializados (45%). As transferências de recursos financeiros para custeio de ações e serviços da RAPS em todo território nacional aumentaram, contudo 71,53% dos municípios não receberam recurso para a RAPS em 2017. A abertura de novos serviços substitutivos em todo país é necessária, mas não suficiente, pois é imprescindível que haja uma melhor aproximação entre os pontos de atenção da RAPS, observando, sobretudo a distribuição e a constância na oferta de ações e serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the evolution and distribution of the main services of the Psychosocial Care Network (RAPS) in Brazil, from 2012 to 2018. This is a quantitative research, based on secondary data, analyzed in relation to the following dimensions: types substitute services; distribution of psychiatric beds; distribution of the Psychosocial Care Center (CAPS); out-of-hospital outpatient production; and RAPS financing. In general, there was an increase in all services analyzed, with emphasis on the Extended Family Health and Primary Care teams (NASF-AB), with an increase of 40% in the period, and for the CAPS, which increased by 30.93%. However, most Brazilian municipalities (68.3%), with a population of less than 20 thousand inhabitants, do not have any type of CAPS, in addition the coverage of CAPS / 100,000 inhabitants points to an important “node” in the network of North region of the country, since it concentrated states with the lowest coverage and lowest rates of psychiatric beds / 1,000 inhabitants. Psychiatric beds decreased, with a more significant reduction among specialized hospital beds (45%). Transfers of financial resources to fund RAPS actions and services nationwide increased, however 71.53% of the municipalities did not receive resources for RAPS in 2017. The opening of new substitute services across the country is necessary, but not sufficient, as it is essential that there is a better approximation between the points of attention of the RAPS, observing, above all, the distribution and constancy in the offer of actions and services.

KEYWORDS: Mental Health; Mental Health Services; Public Health Policy.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a trajetória da atenção à saúde mental passou por importantes transformações, a partir da década de 1970, com o movimento pela reforma psiquiátrica, que trouxe em sua essência um direcionamento para a mudança do modelo de atenção à saúde mental, promovendo a criação da rede substitutiva e a extinção progressiva dos manicômios. A Lei nº 10.216, sancionada em abril de 2001, representou um importante marco, pois forneceu a base legal dos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2007; AMARANTE, 2012; LANCETTI; AMARANTE, 2012; SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012).

No processo de ampliação da reforma, um novo modo de organização dos recursos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituído por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, ao criar, ampliar e articular diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuraram como principais equipamentos estratégicos no tecimento da rede e na sustentação da lógica substitutiva aos manicômios. Outros dispositivos de base comunitária também se destacaram nesse processo, como as residências terapêuticas, o auxílio de reabilitação psicossocial, os consultórios na rua, as Unidades de Acolhimento (UA), além das equipes de atenção básica e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Fazem parte da RAPS ainda leitos de psiquiatria em hospital geral, serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além do componente de urgência e emergência, como Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (SAMU) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas (BRASIL, 2011; JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

O movimento pela reforma psiquiátrica e a estruturação da RAPS proporcionaram uma série de avanços para o sistema de saúde mental, especialmente no que tange à redução de leitos e ao progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos. Processo que se deu por meio da diminuição da necessidade de intervenções que implicariam em isolamento social e da introdução de leitos em CAPS III e em hospitais gerais (ZANARDO; BIANCHETTI; ROCHA, 2018; AMARANTE; NUNES, 2018). Em direção contrária ao ordenamento da reforma que prevê que os dispositivos substitutivos sejam as principais formas de atenção psicossocial, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, passou a enfatizar os hospitais psiquiátricos na RAPS (BRASIL, 2017).

Importa assinalar que o sistema de saúde mental brasileiro ainda se encontra em um processo de transição paradigmática. Aliado a isso, o quadro de pessoal reduzido na área tem feito com que grande parte dos trabalhadores atue concomitantemente nos serviços hospitalares e substitutivos, aumentando assim a possibilidade de reprodução das ações do hospital psiquiátrico nesses espaços extra-hospitalares (REBOUÇAS; ABELHA; LEGAY, 2008; JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

De um modo geral, no globo, segundo o Atlas de Saúde Mental de 2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS), há escassez de profissionais treinados e faltam investimentos em instalações físicas nessa área. Os gastos governamentais são inferiores a US\$ 1 *per capita* em países de baixa e média renda, enquanto os países de alta renda gastam mais de US\$ 80 com saúde mental (WHO, 2018).

No Brasil, 3% da população geral sofrem com transtornos mentais do tipo graves e persistentes, sendo que 6% apresentam transtornos psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento especializado. Quanto à utilização dos serviços pelos adoecidos, estima-se que apenas 13% buscam atendimento psiquiátrico, sendo a maior parte dos recursos destinada aos serviços de internação hospitalar (BRASIL, 2007; MAZZAIA, 2018).

Não esgotando os embates, com potencial de prejudicar ainda mais a RAPS, foi editada recentemente pelo governo federal a Nota Técnica nº 11/2019, intitulada “Nova Saúde Mental”, que enfatiza o caráter complementar da rede em detrimento do caráter substitutivo. A nota valoriza a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, o investimento em aparelhos de eletroconvulsoterapia, o incentivo ao atendimento ambulatorial e a conversão de serviços de álcool e outras drogas em instituições de internação para tratamento de dependência química de adolescentes. Esse “novo caminho” por parte da atual política de saúde nacional segue na contramão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do redirecionamento da assistência para um modelo comunitário (FERNANDES et al., 2020).

Partindo do pressuposto de que os serviços substitutivos são essenciais para a progressiva continuidade da reforma psiquiátrica, bem como para o fortalecimento da RAPS, e da premente necessidade de discussão desta temática levando-se em consideração a escassez de pesquisas abordando toda a rede e as ações de base comunitária em saúde mental, este estudo teve por objetivo analisar a evolução e a distribuição dos principais serviços da RAPS no Brasil, de 2012 a 2018.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de análise de série espacial temporal para identificação, mapeamento e descrição do funcionamento da RAPS em todo território nacional, no período de 2012-2018. O Brasil é composto por 26 estados e um Distrito Federal, com uma população que saiu, em 2012, de 199,3 milhões de habitantes, para 209,5 milhões, em 2018, período do estudo, em crescimento, portanto de aproximadamente 5% (IBGE, 2019).

As políticas de saúde mental, no Brasil, são da responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), que contribuem para o seu financiamento, e contam com serviços em todos os níveis de complexidade, sob a responsabilidade tanto do Ministério da Saúde, do Distrito Federal quanto das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e das 5.570 Secretarias Municipais de Saúde que gerem o SUS.

Constituíram fontes de dados os seguintes sistemas de informação: o Departamento de Informática do SUS (DATASUS); o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/SUS); o Fundo Nacional de Saúde (FNS); e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2020.

A coleta, a organização dos dados da RAPS nas matrizes e a remodelagem dos indicadores foram efetuados com o auxílio do Microsoft Excel e analisados em relação às seguintes dimensões: tipos de serviços substitutivos/comunidade; distribuição dos leitos psiquiátricos (cálculo do indicador leitos/1.000 hab. e média de ocupação de leitos psiquiátricos); distribuição de CAPS (cálculo da cobertura de CAPS/100.000 hab.); produção ambulatorial extra-hospitalar; e financiamento da RAPS. A escolha do recorte temporal do estudo justifica-se por compreender o período pós-implantação da RAPS e pela completude dos dados disponíveis nos sistemas de informação consultados.

Os dados concernentes aos leitos psiquiátricos da RAPS nacional foram analisados de modo a dimensionar a distribuição dos leitos psiquiátricos em hospital geral e hospital especializado, sendo também calculada a taxa de leitos cadastrados/1.000 habitantes e a média de leitos ocupados no período de 2012 a 2018. Os leitos psiquiátricos ocupados pelo SUS foram estimados a partir dos dias de permanência entre os pacientes internados por transtornos mentais e comportamentais registrados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Os dias de permanência anual foram divididos pelo total de dias do ano (365) para obter o número médio de leitos psiquiátricos ocupados de cada unidade da federação para cada ano do estudo.

A análise dos CAPS contemplou a distribuição por tipo e por estado/região. Foi calculado também o indicador de cobertura de CAPS por estado, a fim de analisar a expansão da rede em âmbito nacional. Considera-se como parâmetro ideal a proporção de 1 (um) CAPS para cada 100.000 mil habitantes (SILVA; MELLO; ECKER, 2019). O cálculo foi realizado através da seguinte fórmula:

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

Segundo a Área Técnica de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, os resultados do indicador CAPS por 100.000 mil habitantes podem ser classificados segundo os seguintes critérios de cobertura:

- Muito boa (acima de 0,70),
- Regular/boa (0,50 - 0,69),
- Regular/baixa (0,35 - 0,49),
- Baixa (0,20 - 0,34) e
- Insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

No que concerne às informações financeiras, fizeram parte para a base do cálculo o Teto Municipal Rede Psicossocial, o Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC) e o Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME) do bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Os repasses dos pontos de atenção integrantes do Programa Crack, é Possível Vencer (os CAPS AD III, os leitos de saúde mental e as Unidades de Acolhimento) foram identificados na Ação RSM-CRAC, enquanto os demais pontos de atenção da RAPS (CAPS I, II, III e AD e SRT), na Ação RSME Estadual ou Municipal.

É válido ressaltar que os dados de financiamento da RAPS incluídos no estudo foram referentes aos anos de 2012 a 2017, por questões de disponibilidade e operacionalidade. A partir do ano 2018, as novas regras em relação aos blocos de financiamento no setor saúde, conforme Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017, dificultaram a identificação dos recursos gastos com a RAPS no FNS. Os dados referentes às ações extra-hospitalares realizadas após implantação da RAPS em 2011, também não seguiram a cronologia do estudo, uma vez que foram encontrados dados somente a partir do ano 2013.

Foram confeccionados mapas para a apresentação dos resultados do indicador de cobertura dos CAPS/100.000 hab. e das informações financeiras através do QGIS 3.18, sistema de informação geográfica que permite a edição e a análise de dados georreferenciados.

O presente estudo faz parte do projeto de doutorado intitulado “Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 06/05/2020, parecer nº 4.011.028 e CAAE: 29343020.0.0000.0053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Rede de Atenção Psicossocial brasileira, composta por mais de 12 mil serviços, é densa, diversificada, com concentração de serviços nas Regiões Sudeste e Nordeste e com “nós” preocupantes na Região Norte do país. Sua evolução ao longo de seis anos de implantação, se deu de forma diferenciada para os vários tipos de serviços, que possuem papéis distintos no cuidado à saúde mental.

A Tabela 1 evidencia a evolução de serviços da RAPS no território nacional, no período de 2012 a 2018. Como parte integrante da RAPS, os CAPS, em 2012, somavam 2.145 unidades implantadas (46,41%), representando o maior número de serviços da rede naquele ano, e aumentou para 3.013 (28,99%), em 2018. As equipes de NASF-AB, desde a implantação da rede, variaram de 1.849 (40%) a 5.651 núcleos, representando o maior percentual, em 2018, 54,36% do total de serviços. Já as equipes de Consultório na Rua (eCR), apresentaram, de 2012 a 2018, um crescimento da ordem de 245%.

Em relação às residências terapêuticas, em 2012, existiam apenas 53 (1,15%) em todo o país. No ano 2018, houve um aumento de quase 643,39%, totalizando 394 (3,79%) residências do tipo I e II. Em janeiro de 2012, foram instituídas 28 UA adulto e três infantis, seis anos mais tarde, com uma tímida evolução, tendo em vista a perspectiva geográfica abrangida – totalizavam, 136 (1,31%) e 35 (0,34%) unidades cada uma. O mesmo não aconteceu com os hospitais dia que eram 230 (4,98%), em 2012, chegaram a subir para 246, em 2014, retornando para o mesmo patamar de 230, no ano seguinte, chegando a 233 (2,24%), em 2018, isto é, sem aumento significativo (1,30%).

Tabela 1 – Evolução numérica dos serviços que compõem a RAPS do Brasil, 2012 a 2018

SERVIÇO	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SRT	53	1,22	117	2,01	146	2,04	250	3,17	303	3,73	342	3,85	394	4,09
CAPS	2.145	49,25	2.330	40,03	2.568	35,86	2.718	34,49	2.787	34,27	2.912	32,78	3.013	31,31
eCR	47	1,08	85	1,46	121	1,69	133	1,69	138	1,70	153	1,72	162	1,68
UAA	28	0,64	75	1,29	83	1,16	103	1,31	114	1,40	120	1,35	136	1,41
UAI	3	0,07	14	0,24	23	0,32	24	0,30	25	0,31	28	0,32	35	0,36
Hospital Dia	230	5,28	236	4,05	246	3,43	230	2,92	230	2,83	237	2,67	233	2,42
NASF-AB	1.849	42,46	2.964	50,92	3.975	55,50	4.423	56,12	4.536	55,77	5.092	57,32	5.651	58,72
Total	4.355	100,00	5.821	100,00	7.162	100,00	7.881	100,00	8.133	100,00	8.884	100,00	9.624	100,00

Fonte: CNES, 2019.

No que se refere às ações oferecidas pelo NASF-AB, destaca-se a sua incursão no campo da saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), através de ações de matriciamento, que consistem em um suporte especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de qualificar e ampliar seu campo de atuação. Segundo Pinto et al. (2012), a partir do apoio matricial, deveria ocorrer a interlocução entre CAPS e equipes de Saúde da Família (eSF), as quais compartilhariam informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos, ampliando assim seu potencial resolutivo perante as situações de sofrimento e transtorno mental.

Entretanto, pouco se tem refletido sobre o papel desempenhado pelo NASF-AB na saúde mental, apesar desta ser uma das suas nove áreas prioritárias. Hori e Nascimento (2014), com base nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, analisaram a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) pelas equipes de saúde mental dos NASF-AB e suas articulações com serviços da APS, da Atenção Psicossocial e com outros setores da sociedade, em Guarulhos, São Paulo, no ano de 2012, levantando questões acerca da sobreposição de funções entre NASF-AB e CAPS no que se refere à coordenação do cuidado das pessoas com transtornos mentais. Outros estudos abordaram práticas profissionais específicas, como a do psicólogo e do terapeuta ocupacional no NASF-AB e os problemas de articulação dentro da rede sem entrar em questões de resolubilidade dos problemas (MOREIRA; CASTRO, 2009; ANDRADE; FALCÃO, 2017).

A grande maioria dos municípios brasileiros possui NASF-AB já que, com a publicação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde redefiniu os parâmetros de vinculação desses núcleos ao afirmar que qualquer município do Brasil que tenha pelo menos uma eSF possa implantar NASF-AB (BRASIL, 2015). Assim, a maior parte dos municípios que não possui CAPS (3.808), ou seja, aqueles com uma população abaixo de 20 mil habitantes, contam com a atenção básica como principal estratégia de cuidado para as demandas de sofrimento mental.

No que diz respeito aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), em 2018, dos 394 (4,09%) implantados no Brasil, 157 eram classificadas como tipo I e 237 como tipo II. O SRT inclui moradias com o objetivo de proporcionar um tratamento integral, humano e eficaz visando a reintegração social do paciente egresso de hospitais psiquiátricos e de custódia. Os SRT se distinguem pela quantidade e pelo grau de dependência dos moradores, sendo o tipo I no máximo oito moradores e o SRT tipo II, máximo dez moradores. Com a alta prevalência de transtornos mentais, que contribuem com 13% da carga de doenças e 1% da mortalidade mundial e levando-se em conta que 3% da população brasileira sofre com transtorno mental grave e incapacitante (LOPEZ; MURRAY, 1998; MARI; JORGE; KOHN, 2007), considera-se 3.626 moradores em SRT um número relativamente baixo. É ainda comum observar moradores de rua com transtornos mentais, sem falar no fenômeno das “cracolândias” que cresce nos grandes centros urbanos do país.

Para cada paciente encaminhado para uma residência terapêutica, deveria haver igual redução do número de leitos do hospital psiquiátrico, assim, os recursos financeiros destinados para as internações hospitalares seriam encaminhados para estados e municípios, que deveriam prover infraestrutura e a continuidade do cuidado aos usuários, objetivando a consolidação da assistência fora do ambiente hospitalar desse grupo que possui laços sociais prejudicados pelo processo de institucionalização (AGUIAR, 2009). Pela pequena quantidade de SRT implantada ao longo de 20 anos de sua criação legal, cabe a reflexão se a lei está sendo de fato efetivada e de que modo.

Estudo realizado em hospital psiquiátrico da Bahia, encontrou o contingente de 114 moradores hospitalizados por mais de um ano e os registros de desospitalizações, entre 2006 a 2015, totalizaram 44 encaminhamentos para residências terapêuticas e 24 retornos para a convivência familiar, sendo 2014, o ano com o maior número de encaminhamentos para SRT (26) e 2015, o que apresentou, pela primeira vez, inversão da proporção SRT/família (7/10) (ARAÚJO et al., 2019). Esses dados evidenciam como pode ser lento esse processo de transição modelar.

A eCR, segundo a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, é uma estratégia que integra o componente da atenção básica da RAPS, considerada como extensão dos serviços de atenção básica para pessoas em situação de rua. Em 2012, como mostra a Tabela 1, havia apenas 47 (1,08%) equipes em todo o Brasil, aumentando para 162 eCR (1,68%), em 2018. As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional da eCR de forma itinerante, conforme Engstrom et al. (2019), atendem uma população extremamente vulnerável e estigmatizada, caracterizada por pessoas com elevada morbimortalidade, de várias comorbidades, como infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e drogas, que necessitam de atendimento diferenciado, e ao mesmo tempo, ter acesso aos cuidados dos serviços de saúde.

As UA, serviços residenciais de caráter transitório que estão articulados com outros pontos da RAPS (BRASIL, 2012), são divididas em Unidades de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidades de Acolhimento Infantil (UAI) e deveriam estar mais presentes nos municípios do país, uma vez que representaram os serviços com o menor percentual do total de serviços substitutivos estudados. Nesse estudo, observou-se que, em 2018, foram totalizadas 35 (0,34%) UAI e 126 (1,31%) UAA, o que reflete a necessidade de maiores investimentos. Segundo Bernard e Kanan (2015), é importante ressaltar que grande parte dos serviços de atenção psicossocial estão naturalmente voltadas para a saúde da população adulta, não obstante a complexidade que envolve o desenvolvimento infanto-juvenil.

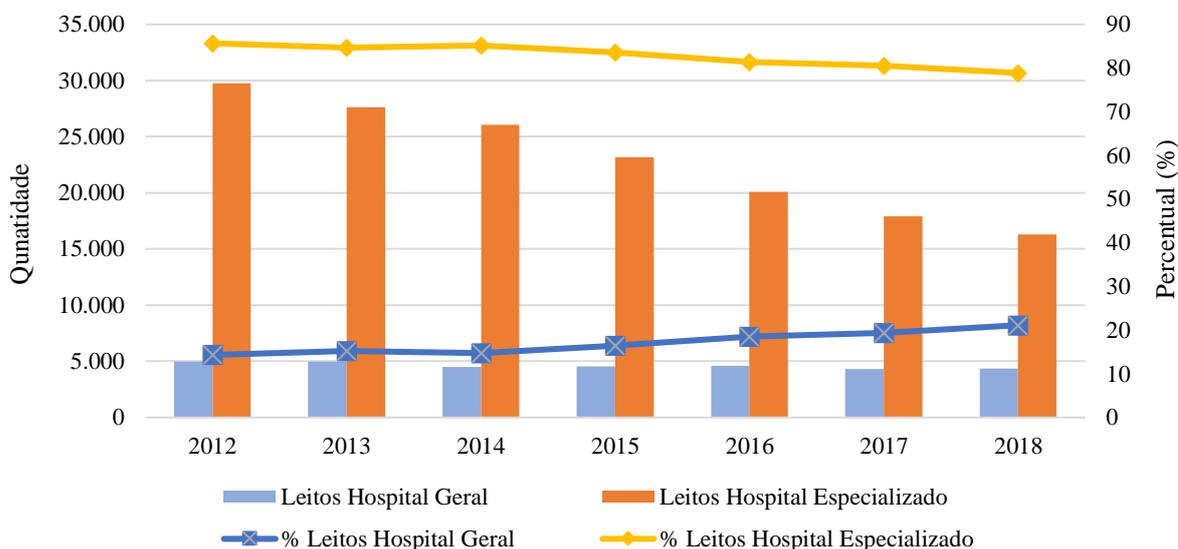
O Hospital Dia apresentou uma pequena variação no país, com um crescimento de 1,30% no período estudado (Tabela 1). Variou de 230 unidades em 2012, para 233, em 2018. Esse é mais um serviço substitutivo que visa eliminar gradualmente a internação prolongada em hospitais psiquiátricos, prevenir a marginalização e evitar o afastamento dos pacientes da sua família e do meio social. Dessa forma, funciona de maneira intermediária entre a internação e o ambulatório. Entretanto, Weber e Juruena (2017) afirmam que existe um investimento maior desse tipo de serviço por parte da rede privada de saúde se comparado com as unidades SUS.

Os leitos de internação para pessoas com transtornos mentais estão distribuídos em hospitais gerais e hospitais especializados de psiquiatria. Como ilustra o Gráfico 1, o número total de leitos de saúde mental destinados ao SUS cadastrados no CNES foi equivalente a 34.730, em 2012, reduzindo para 20.636, em 2018, apresentando uma redução importante de mais de 40%.

A análise em números absolutos por tipo de hospital, por seu turno, revelou que a quantidade de leitos SUS de saúde mental em hospital geral variou entre 4.973, em 2012, e 4.359, em 2018, diminuindo 12,34%. Ao analisar os leitos de hospital geral proporcionalmente

ao total de leitos psiquiátricos, percebeu-se que o percentual desses leitos aumentou, de 14,32%, em 2012, chegando a alcançar 21,12%, em 2018. Os leitos de saúde mental em hospitais especializados de psiquiatria obtiveram uma redução maior no período em estudo, com uma queda de quase 45%, reduzindo de 29.757 (86,68%) para 16.277 (78,88%), entre 2012 e 2018.

Gráfico 1 - Distribuição dos leitos SUS de saúde mental em hospitais gerais e especializados no Brasil, de 2012 a 2018



Fonte: CNES/DATASUS, 2020.

De modo geral, os leitos psiquiátricos, estão diminuindo gradativamente no Brasil. Conforme preconizado na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o fechamento progressivo dos hospitais especializados de psiquiatria deveria ser estimulado e, em contrapartida, leitos destinados ao cuidado de pessoas com transtornos mentais seriam instituídos em hospitais gerais, uma vez que esses hospitais estão localizados no contexto social dos indivíduos e presentes na grande maioria dos municípios.

Adicionalmente, os indicadores leitos/1.000 habitantes e média anual de ocupação de leitos foram calculados para o total de leitos hospitalares de saúde mental, encontrando-se resultados expressivamente diferentes entre as Unidades da Federação, como mostra a Tabela 2. Em relação à ocupação dos leitos psiquiátricos, estados da Região Norte do país obtiveram as menores médias de leitos ocupados durante o ano 2012, a saber Amapá (3,21 leitos), Roraima (4,70 leitos) e Rondônia (32,01 leitos), seguindo a mesma ordem também em 2013, modificando esse *ranking* a partir de 2014, onde apareceu, em terceiro, o estado do Tocantins (23,18 leitos), e em 2018 os menores índices de leitos ocupados foram nos estados do Amapá (2,10), Roraima (6,56) e Amazonas (13,52).

Tabela 2 – Indicador leitos/1.000 habitantes e média anual de leitos ocupados por Região e Unidade da Federação, Brasil, 2012-2018

Região/Unidade da Federação	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Média de leitos ocupados	Leitos/1.000hab.												
Região Norte	365,81	0,04	284,60	0,03	242,49	0,02	225,52	0,02	242,87	0,02	225,05	0,02	239,59	0,01
Rondônia	32,01	0,03	40,71	0,03	37,67	0,03	37,61	0,02	53,91	0,02	45,55	0,02	66,69	0,03
Acre	48,59	0,09	49,20	0,08	52,77	0,08	53,78	0,08	52,15	0,08	48,70	0,08	47,72	0,07
Amazonas	50,26	0,04	50,34	0,02	23,22	0,02	16,42	0,02	20,58	0,01	14,88	0,01	13,52	0,01
Roraima	4,70	0,03	5,92	0,03	3,13	0,02	4,06	0,03	7,74	0,03	6,62	0,03	6,56	0,02
Pará	80,16	0,02	77,86	0,02	100,45	0,02	91,06	0,02	84,95	0,02	84,54	0,02	84,38	0,01
Amapá	3,21	0,02	1,19	0,02	2,07	0,02	0,62	0,02	3,22	0,02	4,01	0,02	2,10	0,02
Tocantins	146,88	0,12	59,38	0,13	23,18	0,02	21,97	0,01	20,33	0,01	20,75	0,01	18,62	0,01
Região Nordeste	6.581,71	0,13	5.828,71	0,12	5.229,79	0,11	4.714,72	0,10	4.247,53	0,09	4.005,98	0,08	3.744,33	0,08
Maranhão	810,91	0,10	735,44	0,10	751,19	0,11	782,98	0,09	801,23	0,09	814,89	0,09	703,49	0,09
Piauí	226,90	0,06	233,76	0,07	247,81	0,06	237,59	0,06	203,47	0,06	199,66	0,06	208,97	0,06
Ceará	948,16	0,13	800,82	0,09	789,46	0,09	772,62	0,09	582,36	0,07	554,72	0,07	557,32	0,07
Rio Grande do Norte	443,81	0,15	429,63	0,15	450,76	0,14	406,52	0,13	353,31	0,10	322,95	0,11	339,81	0,11
Paraíba	671,35	0,20	616,57	0,20	457,96	0,14	399,04	0,13	364,59	0,11	386,94	0,11	336,06	0,12
Pernambuco	1.541,01	0,20	1.269,11	0,19	922,27	0,14	801,13	0,14	662,57	0,13	488,55	0,08	482,84	0,08
Alagoas	886,93	0,28	909,74	0,27	801,20	0,23	680,15	0,22	614,25	0,22	604,37	0,22	482,75	0,18
Sergipe	200,04	0,16	99,47	0,17	112,30	0,16	116,08	0,09	104,56	0,09	102,82	0,08	85,08	0,08
Bahia	852,59	0,06	734,18	0,06	696,84	0,05	518,61	0,05	561,20	0,04	531,08	0,03	548,01	0,04
Região Sudeste	17.473,68	0,23	16.041,58	0,21	14.554,77	0,20	12.447,53	0,17	10.484,45	0,14	8.968,40	0,13	7.828,82	0,11
Minas Gerais	2.309,98	0,13	2.064,62	0,10	1.772,70	0,09	1.399,05	0,07	1.109,50	0,05	942,76	0,05	929,27	0,05
Espírito Santo	554,99	0,19	473,37	0,17	457,43	0,13	230,04	0,07	113,41	0,03	104,00	0,03	107,72	0,03
Rio de Janeiro	4.076,55	0,30	3.639,71	0,28	3.230,16	0,27	2.764,65	0,23	2.458,03	0,22	2.246,35	0,20	1.844,93	0,14
São Paulo	10.532,15	0,26	9.863,88	0,24	9.094,48	0,23	8.053,79	0,21	6.803,51	0,17	5.675,29	0,14	4.946,89	0,13
Região Sul	5.623,86	0,21	5.269,85	0,20	5.093,66	0,20	4.764,25	0,19	4.629,62	0,18	4.653,74	0,18	4.639,54	0,17
Paraná	2.716,99	0,24	2.373,50	0,22	2.210,06	0,21	2.060,26	0,19	2.024,76	0,19	2.043,24	0,19	2.048,13	0,18
Santa Catarina	1.116,58	0,17	1.055,06	0,15	979,68	0,17	936,80	0,17	861,43	0,16	795,57	0,13	722,12	0,12
Rio Grande do Sul	1.790,29	0,21	1.841,29	0,20	1.903,92	0,20	1.767,19	0,19	1.743,44	0,19	1.814,93	0,19	1.869,29	0,19
Região Centro-Oeste	1.863,89	0,14	1.689,93	0,12	1.409,77	0,11	1.373,30	0,11	1.155,45	0,10	1.006,64	0,07	999,89	0,08
Mato Grosso do Sul	242,36	0,12	215,33	0,09	190,90	0,10	157,29	0,09	113,89	0,08	100,48	0,06	90,04	0,05
Mato Grosso	189,24	0,07	165,01	0,07	154,70	0,07	154,89	0,07	162,75	0,07	137,20	0,07	152,10	0,07
Goiás	1.302,40	0,22	1.203,84	0,19	954,62	0,18	942,35	0,16	766,46	0,15	667,21	0,09	641,47	0,12
Distrito Federal	129,90	0,04	105,75	0,03	109,55	0,03	118,76	0,04	112,35	0,04	101,75	0,04	116,28	0,04
Total	31.908,95	0,18	29.114,67	0,16	26.530,48	0,15	23.525,33	0,14	20.759,93	0,12	18.859,82	0,11	17.452,16	0,10

Fonte: CNES/IBGE 2020.

Os estados com maior número de leitos psiquiátricos ocupados, em 2012, eram da Região Sudeste e Região Sul, tais como São Paulo (10.532,15 leitos), que obteve a maior média de ocupação de leitos em todo o período, seguido pelo Rio de Janeiro (4.076,55 leitos) e Paraná (2.716,99). Em 2018, o estado do Rio Grande do Sul (1.903,92) passou a ocupar o terceiro lugar entre as maiores médias de ocupação.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o índice mínimo de leitos de saúde mental corresponde à 0,45 leitos por 1.000 habitantes. A análise do indicador leitos/1.000 habitantes de forma similar à média de ocupação de leitos, apontou que, em 2012, os estados da Região Norte do Brasil possuíam as menores taxas, abaixo inclusive da quantidade recomendada, como é o caso do Pará e Amapá, ambos com 0,02 leitos/1.000 habitantes, seguido por Roraima (0,03), e os estados da Região Sudeste e Nordeste, com até 15 vezes mais, como Rio de Janeiro (0,30), Alagoas (0,28) e São Paulo (0,26), apresentaram os maiores índices de leitos por habitantes. No ano 2018, os estados do Pará, Amazonas e Tocantins apresentaram os valores mais baixos do indicador leitos/1.000 habitantes, ambos com 0,01, já os maiores valores foram encontrados para os estados de Alagoas (0,18), Paraná (0,18) e Rio Grande do Sul (0,19).

Em linhas gerais, os indicadores leitos/1.000 habitantes e média anual de leitos ocupados sinalizam que a baixa ocupação, bem como, a redução de leitos psiquiátricos, está relacionada com a forte ênfase no desenvolvimento e na expansão de serviços comunitários. Em consonância com os achados do presente estudo, pesquisas encontraram que o número de leitos psiquiátricos por habitante em regiões mais ricas é superior à média verificada em regiões mais pobres. Desse modo, as diferenças identificadas entre os estados do Brasil podem indicar, por um lado, desassistência de saúde mental nos locais com índices mais baixos, por outro, inclusão social das pessoas que apresentam transtornos mentais e maior capacidade de atuação dos serviços substitutivos (KILSZTAJN et al., 2008; SALVADOR-CARULLA et al., 2010).

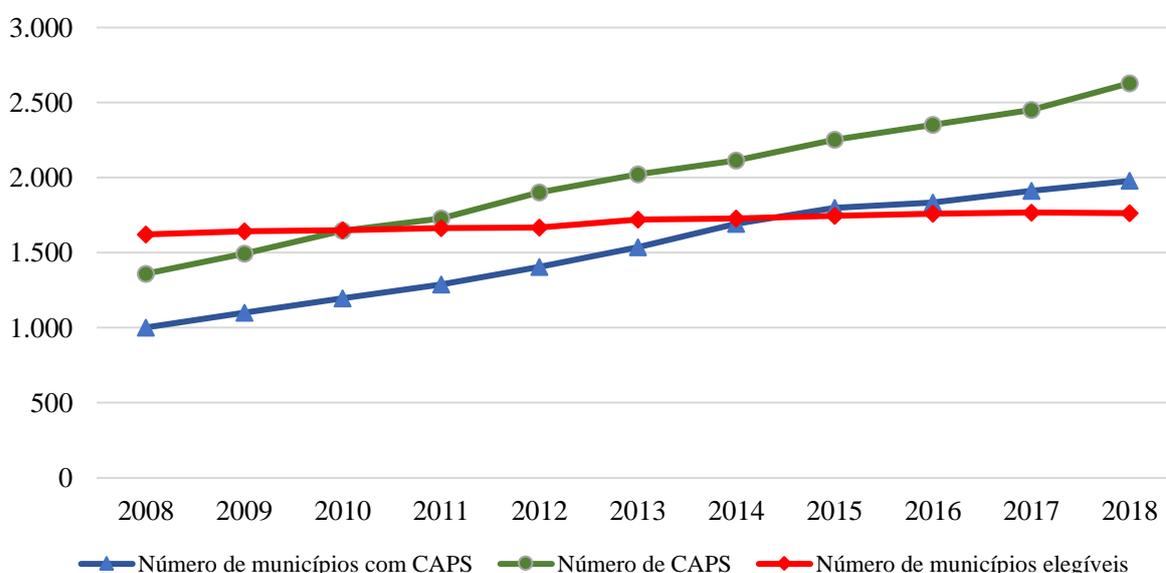
Cabe ressaltar, no entanto, que a RAPS não acabou com o hospital psiquiátrico clássico, nem os CAPS conseguiram ainda atingir a cobertura adequada de modo a prover todo o território nacional com esses serviços. Nos dias atuais, os CAPS estão presentes em 35,5% dos municípios brasileiros (1.978), totalizando 3.013 estabelecimentos, sendo que os habilitados e regularmente custeados pelo Ministério da Saúde somam 2.629, estando a maior parte concentrada nas regiões Sudeste e Nordeste do país.

Conforme mostra o Gráfico 2, no intervalo compreendido entre 2008 e 2018 houve um aumento expressivo no número de CAPS no Brasil (93,30%). Em 2008, 1.002 (17,98%) municípios possuíam CAPS, mas o número de municípios elegíveis, isto é, aqueles que se encaixavam nos critérios de implantação/habilitação de acordo com o número de habitantes,

era maior, correspondia a 1.622 (29,12%) municípios, enquanto a quantidade de CAPS implantados de modo geral, com a possibilidade de mais de um por município, era de 1.360 (24,41%).

Ou seja, a demanda por implantação de novos CAPS, devido ao preenchimento dos requisitos necessários, era maior do que a quantidade que estava sendo implantada. Essa situação permanece até o ano 2014, quando o número de municípios com o serviço e o número de municípios que se enquadravam para habilitação começaram a se aproximar. Em 2015, 1.798 municípios (32,28%) já possuíam CAPS, superando inclusive a quantidade de municípios elegíveis de 1.746 (31,34%).

Gráfico 2 - Evolução do número de municípios com CAPS, número de CAPS e municípios elegíveis no Brasil, de 2008 a 2018



Fonte: CNES/DATASUS, 2019.

O significativo aumento desses serviços nos municípios e inversão da tendência anterior de defasagem tem correspondência com o processo de regionalização da saúde no Brasil, implementado a partir do Decreto nº 7.508, em junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Macedo et al. (2017) e Dimenstein et al. (2018) afirmam que apesar da regionalização ser uma excelente estratégia para garantir a organização e oferta dos serviços de saúde, esse processo enfrenta muitos obstáculos devido a grande diferença e à desigualdade socioeconômica existente entre as regiões do país.

No âmbito da saúde mental, o cenário do processo de regionalização da RAPS, ainda iniciante, sinaliza a vulnerabilidade da Política Nacional de Saúde Mental, com desigual oferta

de equipes e serviços, dificuldades no processo de pactuação entre os municípios, barreiras de acesso e fraca articulação com a APS (MACEDO et al., 2017; DIMENSTEIN et al., 2018). Estudo realizado por Fernandes et al. (2020), encontrou que mais de 70% da população brasileira habitam localidades com cobertura de serviços comunitários baixa ou inexistente, o que acaba resultando em peregrinações dos usuários e familiares, oriundos de municípios com baixa oferta de serviços, em direção às capitais, em busca de atendimento de saúde mental.

Contudo, de acordo com os resultados encontrados no presente estudo, não se pode deixar de considerar que houve um crescimento salutar de 97,41%, de 2008 a 2018, na quantidade de municípios brasileiros que passaram a ofertar os serviços de CAPS. Em relação ao número de municípios elegíveis no período, não houve mudança significativa, o aumento foi da ordem de 8,63%. Assim, em que pesem os avanços, a maioria dos municípios brasileiros, o equivalente a 68,36% (3.808), com população menor que 20 mil habitantes, permaneceram sem dispor de qualquer tipo de CAPS. Tais localidades contam somente com o suporte da APS e do NASF-AB no atendimento às demandas no campo da saúde mental.

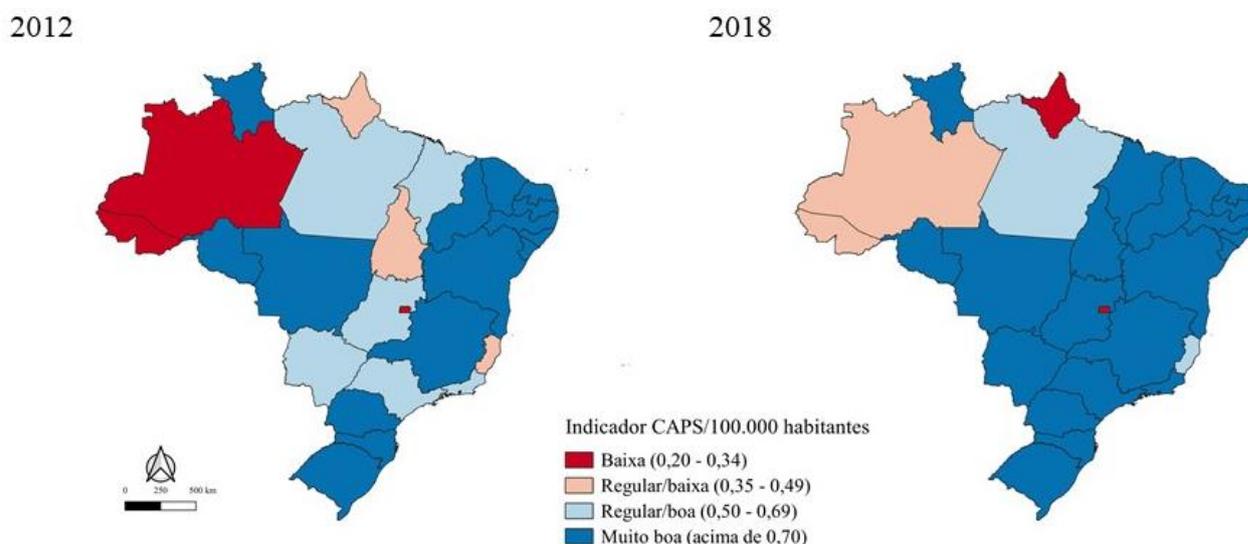
De todo modo, é válido pontuar a importância da APS como núcleo principal, pois evita, naturalmente, o atendimento especializado como a primeira estratégia, bem como a medicalização do sofrimento, a cronificação de agravos de saúde e a negligência comum aos estados de sofrimento mental, por vezes ainda entendidos como demandas que não podem ser cuidadas na ESF (MOLINER; LOPES, 2013; BRASIL, 2015; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Considerando que nos últimos anos tem-se intensificado um importante debate relacionado à área da saúde mental acerca da atual expansão e ao funcionamento dos serviços substitutivos no país. Para aprofundar essa discussão, foi calculada a taxa de cobertura CAPS/100.000 habitantes por unidade da federação, comparando-se os anos 2012 e 2018, conforme apresentado na Figura 1.

Na Figura 1, observou-se que, em 2012, o Acre (0,26), o Distrito Federal (0,28) e o Amazonas (0,33) apresentaram uma cobertura CAPS/100.000 habitantes considerada baixa (de 0,20 a 0,34) segundo os parâmetros de cobertura do Ministério da Saúde. Três estados, a saber, Amapá (0,43), Espírito Santo (0,45) e Tocantins (0,49) obtiveram uma cobertura regular/baixa (de 0,35 a 0,49) e seis unidades da federação tiveram uma cobertura regular/boa (de 0,50 a 0,69) – Pará (0,56), Goiás (0,56), Rio de Janeiro (0,66), Maranhão (0,68), São Paulo (0,69) e Mato Grosso do Sul (0,69). Um total de 15 estados apresentaram uma cobertura de CAPS muito boa (acima de 0,70), sendo que Paraíba (1,36), Sergipe (1,21) e Rio Grande do Sul (1,12) alcançaram as maiores coberturas do país.

Em 2018, o estado do Amapá (0,30) e o Distrito Federal (0,31) apresentaram cobertura CAPS/100.000 habitantes baixa, já o Amazonas (0,43) e o Acre (0,46), que em 2012 estavam com baixa cobertura, cresceram em 2018, passando a fazer parte da faixa regular/baixa. Espírito Santo (0,57) e Pará (0,69) também aumentaram a cobertura do serviço durante os seis anos do estudo, passando para uma cobertura regular/boa. Houve ainda um aumento expressivo no número de estados que passaram a ter uma cobertura muito boa de CAPS, totalizando 21 unidades da federação, em 2018.

Figura 1 – Distribuição da taxa de cobertura CAPS/100.000 hab. por estado no Brasil, nos anos de 2012 e 2018



Fonte: CNES/DATASUS/IBGE, 2020.

Esses resultados corroboram com outros estudos que apontam para a expansão das estratégias baseadas na comunidade nos estados brasileiros, reforçando a importância da continuidade e aprimoramento das políticas de saúde mental voltadas para esses serviços (MILIAUSKAS et al., 2019; SILVA; MELLO; ECKER, 2019). No entanto, não se pode deixar de considerar que possuem estados com uma cobertura baixa ou regular de CAPS no Brasil, indicando que a distribuição dos serviços ainda precisa responder às demandas da população, dificultando, dessa forma, o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

A análise detalhada por tipo de CAPS revelou que, em 2012, segundo dados do CNES, havia um total de 1.901 CAPS, sendo 900 CAPS da modalidade I (47,34%), 462 CAPS II (24,30%), 69 CAPS III (3,63%), 297 CAPS AD (15,62%) e 173 CAPSi (9,10%). Em 2018,

houve um aumento de 30,93% de CAPS no Brasil, totalizando 2.489 centros, consistindo em 1.269 CAPS I (50,98%), 521 de CAPS II (20,93%), 107 CAPS III (4,30%), 345 CAPS AD (13,86%) e 247 CAPSi (9,92%). A Região Nordeste apresentou a maior quantidade de CAPS em 2012, com 680 unidades (35,77%) e no ano 2018, a Região Sudeste foi a que possuía o maior número de CAPS habilitados, com uma soma de 890 unidades (35,76%). Em contraponto, as Regiões Centro-Oeste e Norte obtiveram os menores quantitativos durante todo o período estudado, representando cerca de 6% dos CAPS do país.

Enquanto a região Nordeste destacou-se com o maior número de CAPS I (556), a Sudeste despontou em todas as outras modalidades, em 2018. Tal distribuição, pode ser explicada pelos critérios de implementação desses serviços, que obedecem a parâmetros populacionais das cidades – acima de 15 mil habitantes no caso do CAPS I, e acima de 70 mil para CAPS II.

As regiões Sudeste e Nordeste retêm o maior número de serviços do tipo CAPS III, que ao todo foram 107 CAPS III (4,30%) em todo o território nacional. Constatou-se que, nesse estudo, pelo menos sete estados da federação não contavam com esse tipo de serviço, no ano 2018: Acre, Alagoas, Amapá, Distrito Federal, Mato Grosso, Rondônia e Tocantins. Para Macedo et al. (2017), o CAPS III é essencial para o avanço da RAPS e para a concretização da Reforma Psiquiátrica, visto que oferece um cuidado contínuo 24 horas, fundamental para o acompanhamento das situações complexas e atenção à crise.

O estado de Roraima não contou com nenhuma modalidade de CAPS AD e infantil, e os estados do Acre e Tocantins não foram contemplados com o CAPSi, possibilitando deficiências na rede para atender públicos específicos: infanto-juvenil e usuários de álcool, crack e outras drogas. Nota-se então que, em localidades com menor desenvolvimento socioeconômico há uma baixa oferta de serviços, mesmo possuindo o porte populacional exigido pela Política de Atenção à Saúde Mental que ampara a implementação.

No que concerne às ações desenvolvidas nos espaços extra-hospitalares, estas são realizadas majoritariamente pelos CAPS. Entre 2013 e 2018, foram contabilizadas no país 80.563.101 intervenções na área de saúde mental, destacando-se com maior frequência os atendimentos individuais (32,11%), em grupo (22,42%) e o acolhimento diurno (12,60%) de usuários nos CAPS. Por outro lado, as ações menos realizadas em todo território nacional foram o apoio a serviço residencial de caráter transitório por CAPS (0,09%), o matriciamento de equipes dos pontos de atenção da urgência e emergência dos serviços hospitalares (0,17%), o acompanhamento de paciente em saúde mental – residência terapêutica (0,35%) e o acompanhamento de serviço residencial terapêutico por CAPS (0,44%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Produção ambulatorial de procedimentos realizados pelos serviços extra-hospitalares por ano de atendimento, Brasil, 2013 a 2018

PROCEDIMENTO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Varição (%)
Acompanhamento de paciente (SRT)	42.923	49.992	44.459	42.368	47.823	53.023	23,53
Oficina terapêutica I	242.500	264.082	266.558	200.993	189.519	204.466	-15,68
Oficina terapêutica II	600.524	569.944	557.164	529.464	465.594	458.809	-23,60
Acolhimento noturno/CAPS	55.583	85.903	112.200	142.475	168.568	168.894	203,86
Acolhimento diurno/CAPS	1.290.144	1.465.511	1.703.251	1.755.026	1.866.023	2.070.770	60,51
Atendimento individual/CAPS	2.868.556	3.553.800	4.171.088	4.585.896	5.091.751	5.594.103	95,01
Atendimento em grupo/CAPS	2.530.402	2.853.569	3.042.923	2.979.882	3.173.043	3.484.342	37,70
Atendimento familiar/CAPS	432.361	517.452	618.925	637.318	691.513	856.162	98,02
Acolhimento inicial/CAPS	201.506	211.703	213.069	245.796	312.630	390.679	93,88
Atendimento domiciliar/CAPS	150.003	160.647	164.574	171.725	166.287	171.194	14,13
Ações de articulação de redes	137.165	248.846	321.576	361.912	436.377	518.344	277,90
Fortalecimento do protagonismo de usuários/CAPS	76.397	161.146	255.167	312.231	327.994	449.569	488,46
Práticas corporais/CAPS	449.258	559.223	525.082	495.228	523.529	579.826	29,06
Práticas expressivas e comunicativas em CAPS	615.338	763.531	795.921	757.299	830.569	947.535	53,99
Atenção às situações de crise	90.172	96.724	139.905	177.472	203.122	254.104	181,80
Matriciamento de equipes da APS	30.345	43.387	58.999	71.045	105.884	158.144	421,15
Acompanhamento de SRT por CAPS	19.280	35.925	39.847	60.851	72.502	125.419	550,51
Apoio à serviço residencial de caráter transitório	4.870	8.234	9.958	10.111	13.877	25.578	425,22
Promoção de contratualidade no território	77.139	130.460	195.173	227.889	272.493	260.567	237,79
Acomp. aos que fazem de uso de álcool/drogas	0	48	106	44	0	0	0,00
Matriciamento de equipes de urgência e emergência	13.106	16.199	22.178	17.847	30.735	36.847	181,15
Total	9.929.585	11.798.340	13.260.138	13.784.888	14.991.850	16.810.393	-

Fonte: SIA/DATASUS, 2019.

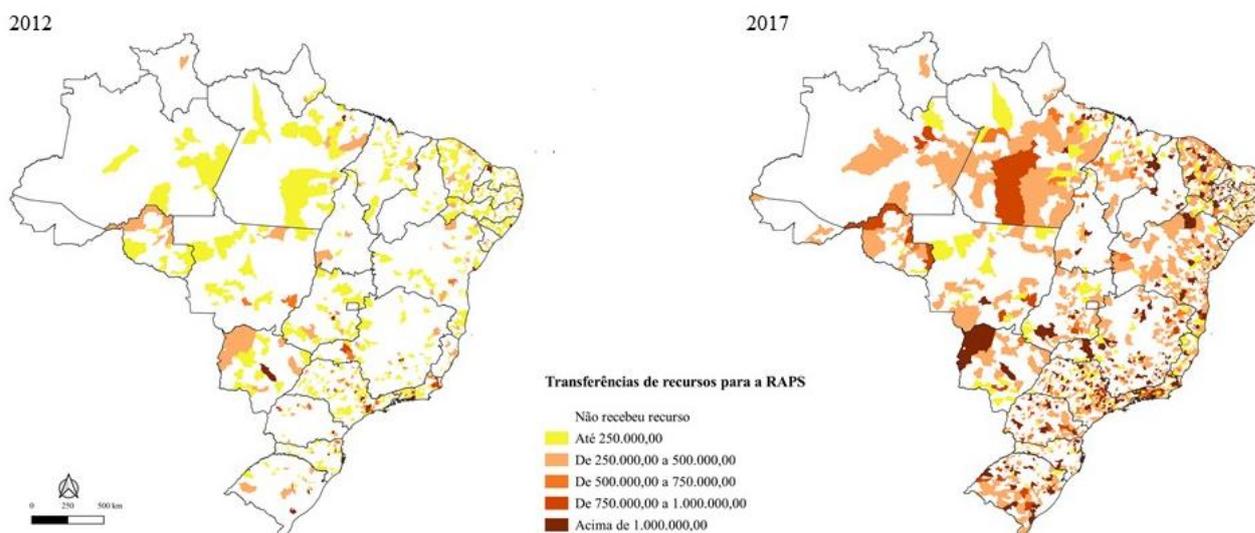
Diante desses resultados, é possível afirmar que os atendimentos individuais, os atendimentos em grupo e os acolhimentos diurnos formam o tripé de sustentação da RAPS. O cuidado individual, embora muitas vezes criticado, não é sinônimo de terapia medicamentosa. Segundo Silva, Paula Júnior e Araújo (2018), o atendimento com foco somente no indivíduo, quando realizado em um ambiente acolhedor, é de fundamental importância para diminuir

reduzir as crises e, conseqüentemente, as intercorrências que levam aos internamentos a nível hospitalar. Assim, o mais importante é que haja diversidade de recursos e formas de abordagem que deem conta da complexidade de situações que envolvem os transtornos mentais.

O aumento significativo ao longo dos anos de ações e atividades que envolvem a participação e o protagonismo do usuário e familiares, como é o caso das práticas expressivas e comunicativas que cresceram 53,98% de 2013 a 2018, e dos atendimentos envolvendo os familiares que tiveram um aumento da ordem de 98,02%, comprovam que avanços para a conformação de um novo modelo de cuidado no âmbito dos CAPS têm sido alcançados. De forma complementar, conforme Acioli Neto e Amarante (2013), as práticas intersetoriais e a inserção social são capazes de evitar a reprodução das marcas da cultura asilar e das práticas criadoras de cronicidades.

No que tange aos recursos financeiros para as ações de custeio da RAPS, na Figura 2 é possível visualizar a evolução das transferências federais nos anos de 2012 e 2017 para os municípios brasileiros.

Figura 2 - Evolução das transferências federais para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por município, no Brasil, nos anos de 2012 e 2017*



Fonte: FNS, 2019.

*Nota: Os valores foram deflacionados para dezembro de 2017 conforme o IPCA.

Vale destacar que em 2012 as transferências federais do FNS para os municípios totalizaram R\$ 229, 91 milhões, aumentando expressivamente em 2017 para cerca de R\$ 1,2 bilhões, o que equivale a um acréscimo da ordem de 425,28%. Em 2012, apenas 767 municípios brasileiros receberam recursos e a grande maioria (73,53%), concentrou-se na faixa de até R\$ 250.000,00. Na faixa de gasto de R\$ 250.000,00 a R\$ 500.000,00, foram encontrados 16,82% (129) dos municípios e na faixa de R\$ 500.000,00 a R\$ 750.000,00, 4,04% (31) das cidades. A menor quantidade de municípios foi evidenciada na faixa de R\$ 750.000,00 a R\$ 1.000.000,00, com 1,96% (15), enquanto na faixa de acima de R\$ 1 milhão, encontrou-se 3,65% (28) dos municípios.

Em 2017, dos 1.586 municípios que fizeram jus às transferências, mais de 50% obtiveram um teto entre R\$ 250.000,00 a R\$ 500.000,00. Destaque significativo foi identificado na faixa de acima de um milhão de reais, que em 2012 concentrava somente 3,65% dos municípios e em 2017, passou a contemplar 15,07%. Ainda no ano 2017, o menor número de municípios foi na faixa de recursos de R\$ 500.000,00 a R\$ 750.000,00, equivalente a 5,30% (84).

Um estudo realizado com vistas à compreensão dos efeitos do financiamento das ações vinculadas às redes temáticas na transferência dos recursos do FNS para os fundos municipais no estado de São Paulo, de 2009 a 2014, encontrou que os valores repassados para a RAPS variaram de 43,54 milhões de reais, em 2012, para 183,31 milhões, em 2014, aumentando 321,01% no período estudado e que, apesar do incremento de recursos de forma significativa, as transferências para a RAPS, no estado, representa apenas 1,4% do financiamento da Média e Alta Complexidade (DUARTE; MENDES; LOUVISON, 2018).

O aumento progressivo das transferências federais para a RAPS observado é apontado como consequência da política de saúde mental e da expansão dos serviços substitutivos no país, uma vez que muitos municípios passaram a aderir aos programas a partir do crescimento de suas populações e do aumento da demanda por esses serviços. No entanto, é importante também assinalar os números em termos de municípios que não receberam recursos para a RAPS no período estudado: em 2012, do total de 5.570 municípios, 86,23% (4.803), e em 2017, 71,53% (3.984) dos municípios não foram contemplados.

As capitais e os municípios de grande porte populacional foram os que obtiveram a maior parte das transferências federais, devido, sobretudo, à capacidade instalada de serviços que compõem a RAPS. Todavia, considerando as desigualdades socioeconômicas existentes entre as regiões do país, uma vez que essa questão reflete diretamente sobre a saúde mental da comunidade (MACEDO et al., 2017), é válido pontuar que os territórios com restrições em

termos de cobertura dos serviços e repletos de vazios assistenciais, possuem populações também com grandes potenciais para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e/ou agravamento de quadros psiquiátricos.

Vale destacar ainda que o setor saúde, de um modo geral, desde a crise econômica, fiscal e política instituída em 2016, vem sofrendo ataques no que se refere ao financiamento, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016 que limita os gastos públicos com as áreas sociais, incluindo saúde e educação por 20 anos, a publicação da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 que alterou os repasses financeiros para dois blocos de financiamento (o Bloco de Custeio e o Bloco de Investimento) e não mais na forma de seis blocos, dentre outros, que têm acentuado o quadro de subfinanciamento do SUS (TELES, 2019).

Portanto, faz-se imprescindível maiores investimentos para aumentar a capacidade instalada no que tange aos serviços substitutivos de atenção psicossocial nesses municípios, a fim de possibilitar, cada vez mais, o cuidado integral à saúde das pessoas com transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta para um grande avanço na implantação de serviços substitutivos de atenção psicossocial no Brasil como reflexo das políticas que buscaram implementar a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e o próprio SUS. Nesse sentido, foram observados o aumento dos leitos de saúde mental em hospitais gerais do SUS, a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e serviços como SRT e NASF-AB, apresentaram um crescimento bastante expressivo, no período pós-implantação da RAPS.

Quanto à distribuição dos CAPS, quase 70% dos municípios brasileiros ainda não possuíam nenhum tipo de serviço, ficando na dependência de outros serviços que acolham as pessoas com transtornos mais graves. A maior concentração dos CAPS foi observada nas regiões Sudeste e Nordeste do país. Os estados da Região Norte do país apresentaram um “nó” importante no que diz respeito à rede: cobertura CAPS/100.000 habitantes mais baixas entre os estados brasileiros, menor taxa de leitos psiquiátricos/1.000 habitantes, além do menor quantitativo de CAPS. No que se refere às transferências federais para o custeio da RAPS, em 2017, 71,53% dos municípios brasileiros não receberam esse tipo de recurso e os maiores volumes de repasses foram destinados às capitais e aos municípios de grande porte.

Alguns pontos críticos que se estabelecem como obstáculos à expansão da RAPS merecem destaque, como a baixa cobertura de serviços especializados em muitas áreas, o que gera um descompasso entre a estrutura de cuidados e as necessidades de saúde da população; a falta de integração dos pontos de atenção em uma mesma região; além da edição de dispositivos legais na contramão da reforma.

Destarte, a abertura de novos serviços em todo território nacional pode não ser suficiente para sanar esses problemas, é preciso também que haja uma melhor aproximação e união entre os pontos de atenção, observando a distribuição e a constância na oferta de serviços, os fluxos de demanda e a coordenação multiprofissional do cuidado, envolvendo todos os níveis de atenção. Além do mais, maiores investimentos financeiros são imprescindíveis para ampliação e implementação da RAPS, para assim avançar no sentido de buscar soluções para o alcance de uma atenção à população com sofrimento mental efetiva, respeitosa e verdadeiramente integrada.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.

AGUIAR, B. L. **Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. 124 p. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/8508>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L., organizadora. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-1074, 2018.

ANDRADE, A. S.; FALCÃO, I. V. A compreensão de profissionais da atenção primária à saúde sobre as práticas da terapia ocupacional no NASF. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, v. 25, n. 1, p. 33-42, 2017.

ARAÚJO, N. C. Desinstitucionalização da saúde mental em um hospital psiquiátrico na Bahia, Brasil. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 9, n. 132-137, 2019.

BERNARD, A. B.; KANAN, L. A. Características dos serviços públicos de saúde mental (CAPS i, CAPS AD, CAPS III) do estado de Santa Catarina. **Saúde debate**, v. 39, n. 107, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/ULv73a>>. Acesso em: 29 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. 26 Jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez 2011, Seção 1, Págs. 230 a 232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados**. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jan. 2018, Seção 1, Pág. 46.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalization in the SUS: implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155-64, 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. Saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & sociedad.**, v. 9, n. 1, p. 070-085, 2018.

DUARTE, L. S.; MENDES, A. N.; LOUVISON, M. C. P. O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 25-37, 2018.

ENGSTROM, E. M. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. **Saúde debate**, v. 43, n. especial 7, p. 50-61, 2019.

FERNANDES, C. J. et al. Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, JF. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2259-66, 2018.

KILSZTAJN, S. Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.10, 2008.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al., organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. 969 p.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. Matrix support in mental health: a tool for support in care in crisis situations. **Interface** (Botucatu), v. 20, n 58, p. 625-35, 2016.

LOPEZ, A. D.; MURRAY, C. C. The global burden of disease, 1990-2020. **Nat Med.**, v. 4, n. 11, p. 1241-3, 1998.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saude soc.**, v. 26, n. 1, 2017.

MARI, J. J.; JORGE, M. R.; KOHN, R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 119-41.

MAZZAIA, M. C. Necessidades em saúde mental e pesquisa. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2198-9, 2018.

MILIAUSKAS, C. R. Associação entre internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1935-1944, 2019.

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, v. 22, n. 4, 2013.

MOREIRA, D. J.; CASTRO, M. G. O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **TransForm. Psicol.**, v. 2, n. 2, p. 51-64, 2009.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 624-632, 2008.

SALVADOR-CARULLA, L. et al. Evaluating mental health care and policy in Spain. **J Ment Health Policy Econ**, v. 13, n. 2, p. 73-86, 2010.

SILVA, C. C.; MELLO, V. R. C.; ECKER, D. D. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. **Rev. Elet. Cient. da UERGS**, v. 5, n. especial, p. 113-127, 2019.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SILVA, T. A.; PAULA JÚNIOR, J. D.; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Rev Latinoam Psicopat Fund**, v. 21, n. 2, 346-363, 2018.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, 70-79, 2008.

WEBER, C. A. T.; JURUENA, M. F. O olhar da família sobre o manejo de um hospital dia em saúde mental. **Rev. port. enferm. saúde mental**, v. 17, p. 25-33, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health atlas 2017**. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZANARDO, G. L. P.; BIANCHESSI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 9, n. 3, p. 80-101, 2018.

6.2 Artigo 2

AValiação DE SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DA BAHIA: O QUE DIZEM OS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO?

EVALUATION OF SERVICES OF THE PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK (RAPS) OF BAHIA: WHAT DO THE INDICATORS OF STRUCTURE, PROCESS AND RESULT SAY?

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O objetivo deste artigo foi avaliar serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado da Bahia no que diz respeito à estrutura, processo e resultado. A avaliação foi feita a partir da concepção sistêmica de Donabedian. Os dados foram coletados através de questionário eletrônico, posteriormente organizados e analisados à luz de parâmetros definidos pelas portarias do Ministério da Saúde e pela literatura. Foram incluídos no estudo 28 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 04 residências terapêuticas e 45 Estratégias Saúde da Família (ESF). Os resultados apontaram que a estrutura mínima preconizada estava adequada em 71,4% dos CAPS. Apesar disso, em vários serviços, parâmetros como horário de funcionamento e climatização, encontravam-se inadequados. Na ESF, o atendimento de saúde mental, seja por demanda espontânea ou agendamento da consulta, estavam adequados em 75,6% das equipes. As residências terapêuticas possuíam os espaços preconizados, entretanto uma delas abrigava mais moradores do que previsto. Cerca de 80% dos serviços, estavam adequados quanto à confecção de Projeto Terapêutico Singular, mas o matriciamento entre ESF e CAPS foi considerado incipiente (6,9%). Metade dos CAPS foram classificados como adequados no que tange ao alcance da reabilitação social dos usuários, mas ainda carece de mecanismos de participação social. A articulação e a comunicação com serviços específicos da RAPS foi avaliada, de forma geral, como regular. É imperioso estimular a criação de espaços para o diálogo, a troca de saberes e a construção conjunta de projetos terapêuticos entre os serviços da RAPS, proporcionando aos usuários atenção integral e uma rede de apoio estruturada.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde Mental; Avaliação de Serviços de Saúde; Estrutura dos Serviços; Avaliação de Processos e Resultados em Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this article was to evaluate services of the Psychosocial Care Network (RAPS) of the state of Bahia with regard to structure, process and result. The assessment was made based on Donabedian's systemic conception. The data were collected through an electronic questionnaire, later organized and analyzed in the light of parameters defined by the ordinances of the Ministry of Health and the literature. The study included 28 Psychosocial Care Centers (CAPS), 04 therapeutic residences and 45 Family Health Strategies (FHS). The results showed that the recommended minimum structure was adequate in 71.4% of CAPS. Despite this, in several services, parameters such as opening hours and air conditioning were found to be inadequate. In the FHS, mental health care, whether due to spontaneous demand or scheduling an appointment, was adequate in 75.6% of the teams. Therapeutic residences had the recommended spaces, however one of them housed more residents than expected. Approximately 80% of the services were adequate for the preparation of a Singular Therapeutic Project, but the matrix between ESF and CAPS was considered incipient (6.9%). Half of the CAPS were classified as adequate in terms of achieving the social rehabilitation of users, but still lack mechanisms for social participation. The articulation and communication with specific services of the RAPS was evaluated, in general, as regular. It is imperative to encourage the creation of spaces for dialogue, the exchange of knowledge and the joint construction of therapeutic projects between RAPS services, providing users with comprehensive care and a structured support network.

KEYWORDS: Mental Health Services; Health Services Evaluation; Structure of Services; Outcome and Process Assessment, Health Care.

INTRODUÇÃO

No contexto da redemocratização do país, eclode o movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) com a proposta de mudanças substanciais na assistência psiquiátrica objetivando a reversão do modelo hospitalocêntrico e a criação de serviços substitutivos. Essas transformações, sem dúvida, foram fundamentais para selar um compromisso com uma atenção mais humanizada, integral e cidadã para os usuários com transtornos mentais (AMARANTE; NUNES, 2018).

Com a reforma psiquiátrica, os profissionais de saúde passaram a estar cada vez mais imbricados com a saúde mental. Os novos dispositivos de cuidado incluíram, além das categorias profissionais já existentes, como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos, dentre outros, os oficinasmeiros, responsáveis pela realização de oficinas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). As ações foram ampliadas para a atenção primária e outras áreas, convocando todos para cuidarem e atenderem onde habitam as pessoas com sofrimento mental: junto à sua família e comunidade (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

A implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, pela Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, consolidou o processo de ampliação do acesso à atenção psicossocial e a articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo àquelas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Com a rede instituída, os serviços passariam a atuar de forma integrada, garantindo o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Mendes (2010) afirma que as redes são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si que buscam alcançar objetivos comuns, através de uma ação cooperativa e interdependente. De acordo com a literatura nacional e internacional, as redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários com os serviços, além de reduzir os custos do sistema de saúde (ARRUDA et al., 2015; PEITER et al., 2019).

Nessa perspectiva, a RPB busca a construção de uma rede única de atendimento à população, regionalizada e hierarquizada, de modo a alcançar a integralidade da atenção à saúde mental, tendo como desafio o trabalho conjunto e articulado entre os CAPS, a Atenção Primária à Saúde (APS), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), as unidades de urgência e emergência e os serviços hospitalares (COSTA et al., 2012; SILVA; LIMA, 2017).

Apesar da RAPS estar amparada por legislações específicas, é inegável que vem se desenvolvendo de acordo com as características de cada região. No Brasil, por possuir um território de grande dimensão e diversidade, a reforma psiquiátrica também abarca características regionais sem, no entanto, deixar de guiar-se pela base legal vigente e pelos princípios e diretrizes de seus atos normativos (COSTA et al., 2012).

Nesse contexto, a necessidade de avaliação na área de saúde mental tornou-se imprescindível e, mais ainda, a avaliação da RAPS frente às transformações observadas ao longo do processo da RPB, especialmente após a implementação dos serviços substitutivos em grande parte do país (SILVA; MELO; ESPERIDIÃO, 2012). A avaliação contínua de uma estratégia de saúde é necessária, não somente para aferir a qualidade da atenção à saúde ofertada, mas também para elencar as potencialidades e fragilidades no atendimento de suas demandas.

Entretanto, cabe sinalizar que a ausência de tradição na área de avaliação de políticas e programas de saúde mental refletem a dificuldade de realização de estudos. É consenso que os parâmetros de avaliação presentes no campo da assistência psicossocial são insuficientes, sobretudo, no que concerne aos indicadores sintetizados no desenvolvimento laboral dos serviços que reflitam, de fato, o cotidiano. Assim, a carência de dados da produção de parâmetros epidemiológicos, clínicos, institucionais e administrativos é ainda um grande desafio a ser enfrentado (PITTA, 2011; SILVA; LIMA, 2017).

A mudança do modelo da atenção psiquiátrica, embora legitimada por uma série de leis, portarias e pela Política Nacional de Saúde Mental ainda encontra resistência à lógica antimanicomial. A avaliação dos serviços não garante, por si só, a mudança, mas deve ser empregada como um dispositivo que possa contribuir para a construção de sujeitos sociais capazes de reconhecer e transformar a realidade em que estão inseridos (WETZEL; KANTORSKI, 2004).

A necessidade de avaliação dos projetos realizados a partir da Reforma Psiquiátrica são de extrema relevância para subsidiarem a sua própria expansão (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). Desse modo, o estudo objetiva avaliar serviços da RAPS do estado da Bahia no que diz respeito à estrutura organizacional, à atenção psicossocial, ao resultado das práticas e à articulação e integração dos serviços da rede. A partir desses resultados, espera-se avançar nas questões relativas à implementação da RAPS e fornecer informações para subsidiar a tomada de decisão dos gestores e técnicos de saúde mental a fim de melhorar a qualidade dos serviços, com vistas ao respeito à cidadania dos usuários.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de avaliação exploratório, de abordagem quantitativa sobre aspectos de estrutura, processo e resultado de serviços da RAPS do estado da Bahia, no contexto da reforma psiquiátrica. O referencial teórico utilizado para avaliar os serviços da RAPS foi a concepção sistêmica de Donabedian: estrutura; processo; e resultado (DONABEDIAN, 1992).

A estrutura descreve todos os recursos ou partes envolvidas no processo e que se encontram mobilizados, disponíveis para a produção do cuidado, sendo anteriores, no tempo, ao processo que é a soma de todas as ações que compõem a saúde. A avaliação dos resultados, por sua vez, diz respeito aos resultados e efeitos da ação desenvolvida pelos serviços (TANAKA; MELO, 2004).

A Bahia, localizada na região Nordeste do Brasil, representa o quarto estado mais populoso do país, com uma população de 14.930.634 habitantes, segundo dados da estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano 2020, concentrando 7,1% do total de habitantes da federação. O estado possui densidade demográfica de 24,82 habitantes/km² (IBGE, 2020). De acordo com a última atualização do Plano Diretor de Regionalização (PDR) oficializada pela Resolução da CIB nº 164, de 28 de maio de 2013, o estado é composto por 417 municípios organizados em nove macrorregiões e em 28 regiões de saúde.

A RAPS do estado da Bahia possuía, em 2020, 281 CAPS, sendo que 190 municípios tinham apenas uma unidade e Salvador contava com 19 serviços de atenção psicossocial. As residências terapêuticas totalizaram 16 unidades, sendo três do tipo I e 13 tipo II (CNES, 2020). Em relação aos leitos de psiquiatria, é importante destacar que, entre os anos de 2005 e 2015, houve uma redução percentual dos leitos psiquiátricos na Bahia da ordem de 45,3%. Em 2005, o SUS disponibilizava cerca de 98% dos leitos (1.886). Já em 2015 passou a ofertar 60,3% menos (748 leitos) e, em 2019, 545 leitos SUS e 328 não SUS (BAHIA, 2016; CNES, 2019).

Para a coleta de dados, foram enviados questionários eletrônicos para os coordenadores dos CAPS dos municípios baianos e para os coordenadores das equipes de ESF de Feira de Santana. A coleta de dados ocorreu de julho de 2020 a janeiro de 2021. Foi realizado o contato telefônico com os CAPS da Bahia para informar sobre a realização da pesquisa, bem como para coletar os e-mails para envio do questionário. No entanto, muitos serviços não possuíam telefone atualizado ou, mesmo com esse contato, não responderam ao questionário.

No quadro de análise dos CAPS foi detalhada a definição dos componentes, os parâmetros, os indicadores, os critérios e a fonte de dados, elaborados com base na literatura e

nas seguintes portarias: Portaria de nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011; Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013. Os indicadores de estrutura, processo e resultado para avaliação das Residências Terapêuticas tiveram como base a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e da Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Por último, os indicadores para avaliação da atenção psicossocial na ESF foram selecionados de acordo com o Caderno de Atenção Básica, nº 34, de 2013 que se refere à saúde mental na APS.

Na avaliação proposta pelo estudo, os indicadores foram distribuídos em quatro dimensões: estrutura organizacional; atenção psicossocial; resultado das práticas; e articulação e integração dos serviços da rede. Foram avaliados serviços de saúde mental, a saber, CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) do estado da Bahia e equipes de ESF do município de Feira de Santana, BA.

A análise de dados foi realizada por estatística descritiva, sendo descritas a frequência das variáveis de acordo com o critério de adequação e inadequação. As análises foram realizadas com o auxílio do software Microsoft Excel 2010. O SPSS, para confecção do gráfico Boxplot, foi utilizado com a finalidade de comparar a quantidade de critérios adequados alcançados entre os serviços. O Boxplot é formado pela haste vertical que, de baixo para cima, indica o limite inferior, onde a haste termina, indica o limite superior e os pontos dispersos no gráfico são os valores discrepantes ou *outliers*. O retângulo no meio da haste possui três linhas horizontais: a linha de baixo, que se refere ao 1º quartil; a linha do meio (interna) que indica o 2º quartil ou mediana; e a linha de cima, que equivale ao 3º quartil (SILVANY NETO, 2008).

O estudo seguiu as recomendações éticas constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e da Norma Operacional nº 001/2013 do Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi anexado ao questionário eletrônico. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 06/05/2020, parecer nº 4.011.028 e CAAE: 29343020.0.0000.0053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

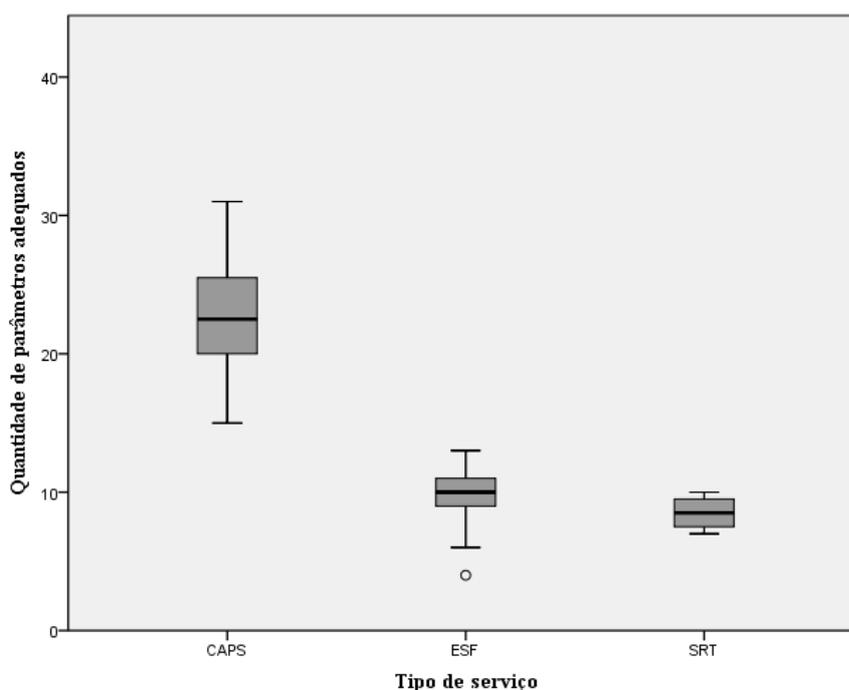
Foram incluídos no estudo 28 CAPS existentes no estado da Bahia, quatro residências terapêuticas e 45 equipes de ESF do município de Feira de Santana. A análise dos dados revelou que, em relação às características sociodemográficas e ocupacionais dos 77 participantes da pesquisa, a maior parte era do sexo feminino (89,6%) e 10,4% masculino, com faixa-etária

predominante entre 26-36 anos (48,1%), raça/cor da pele parda (62,3%). A maioria dos profissionais era casada (57,1%) e 87% possuíam de 1 a 2 filhos. Quanto ao nível de formação, 54,5% possuíam especialização, 39% somente graduação e 6,5% mestrado, sendo que a maior parte apresentava formação na área de enfermagem (71,4%). A situação ocupacional demonstrou que apenas 7,8% eram servidores públicos concursados e 68,8% eram contratados, além disso, 80,5% dos trabalhadores possuíam uma carga-horária de 40 horas semanais.

A aferição do grau de adequação dos indicadores de estrutura, processo e resultado dos serviços avaliados revelou que, do total de 77 serviços, três (3,9%) serviços atenderam abaixo de 50% dos parâmetros investigados, cerca de 60% (46) dos serviços alcançaram em torno de 50 a 75% dos indicadores e 36,4% (28) atenderam acima de 75% dos indicadores. Cabe destacar que nenhum serviço atendeu a 100% dos parâmetros estudados.

No Gráfico 1, observa-se a apresentação do Boxplot (diagrama de caixa) que mostra a quantidade de parâmetros adequados por tipo de serviço. O diagrama de caixa não é paramétrico, portanto, não fez qualquer suposição da distribuição estatística.

Gráfico 1 - Quantidade de parâmetros adequados por tipo de serviço, 2020



Fonte: Elaborado pelos autores.

É necessário assinalar que a quantidade total de parâmetros de estrutura, processo e resultado avaliados foi diferente entre os serviços, sendo que nos CAPS foram avaliados ao todo 33 parâmetros, nas ESF, um total de 14 e nos SRT, 13 parâmetros.

A análise do gráfico apontou que os dados estão mais dispersos nos CAPS (retângulo maior em comprimento), enquanto na ESF e SRT a distribuição dos resultados foi mais semelhante. Ao observar cada serviço separadamente, a análise do CAPS apontou que 25% dos serviços obtiveram até 20 indicadores avaliados como adequados, 50% dos CAPS concentraram-se abaixo de 22 (mediana) e 75% abaixo de 25 parâmetros adequados. Em relação à ESF, 25% das unidades pontuaram abaixo de 9 parâmetros, 50%, ou seja, a mediana, até 10 e 75% abaixo de 11 parâmetros adequados, o que significa uma distribuição relativamente homogênea. Os SRT, em menor quantidade do que os outros dois serviços, também apresentaram uma distribuição homogênea, sendo que o menor valor de adequação foi sete e o maior, dez parâmetros adequados do total de 13.

Os resultados referentes à avaliação de cada dimensão foram detalhados em quatro seções: dimensão da estrutura organizacional; dimensão da atenção psicossocial; dimensão do resultado das práticas; e dimensão da articulação e integração dos serviços da rede.

Dimensão da estrutura organizacional

Do total de 28 CAPS avaliados, 19 foram da modalidade CAPS I, cinco pertenciam à modalidade CAPS III, um à modalidade CAPS II, dois à modalidade CAPS AD e um à modalidade CAPSi. Em pesquisa para o ano de 2018, Costa et al. (2019) compararam os dados do CNES com os da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), do Ministério da Saúde que informavam a existência de quatro CAPS AD IV, enquanto o CNES informava a inexistência desse tipo de serviço. Em 2020, o CNES informa a existência de seis CAPS AD III, na Bahia. Já, no SAGE, em 2021 há uma atualização mantendo-se o número de 226 CAPS, confirmando a habilitação de CAPS AD III para cinco desses municípios.

Os profissionais entrevistados exerciam, em sua maioria, a função de coordenador (78,6%) do CAPS, 40,9% dos coordenadores eram enfermeiros, sendo que o tempo de atuação na coordenação variou de um mês a 13 anos, 42,9% atuaram na faixa de 3 a 4 anos na função e 57,1% já havia ocupado o cargo de coordenador anteriormente.

No que se refere à dimensão estrutura organizacional, na Tabela 1, é possível observar os componentes avaliados e quantos CAPS atenderam aos critérios de adequação e inadequação a partir dos indicadores definidos pela legislação e pela literatura.

Tabela 1 – Avaliação da dimensão da estrutura organizacional dos CAPS, Bahia, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Estrutura física - espaços preconizados	20	71,4	8	28,6
Espaço físico próprio	10	35,7	18	64,3
Adequação do espaço às atividades desenvolvidas	11	39,3	17	60,7
Ambiente climatizado	10	35,7	18	64,3
Acessibilidade para deficientes	13	46,4	15	53,6
Disponibilidade de recursos materiais	14	50,0	14	50,0
Possuir medicação de urgência e emergência	24	85,7	4	14,3
Quantidade de leitos	27	96,4	1	3,6
Período de funcionamento	26	92,9	2	7,1
Horário de funcionamento	10	35,7	18	64,3
Equipe mínima	14	50,0	14	50,0
Refeição para os usuários	23	82,1	5	17,9
Critérios de acesso ao CAPS	25	89,3	3	10,7
Classificação dos usuários em intensivo, semi-intensivo e não intensivo	18	64,3	10	35,7
Sistema de referência e contrarreferência	25	89,3	3	10,7
Reunião de equipe	22	78,6	6	21,4

Fonte: Elaborado pelos autores.

A avaliação dos indicadores evidenciou que 71,4% (20) dos CAPS estavam adequados quanto aos espaços disponíveis, em conformidade com a estrutura mínima preconizada pelo Ministério da Saúde, enquanto 28,6 % (8) foram considerados inadequados. No que tange ao espaço físico próprio, a maioria dos serviços estava inadequada, ou seja, 64,3% (18) consistiam em imóveis alugados pela prefeitura. A avaliação da adequação da estrutura física às atividades desenvolvidas foi considerada inadequada em 60,7% (17), a maior parte dos CAPS estava também inadequada quanto à climatização (64,3%) e acessibilidade para pessoas com deficiência 53,6% (15).

A estrutura mínima preconizada pelo Ministério da Saúde em relação aos CAPS é composta por consultórios para atividades individuais, salas para atividades grupais e oficinas, espaço de convivência, refeitório, sanitários e área externa. É necessário ainda, além dos

espaços recomendados, haver a adequação e boas condições do espaço físico para permitir a realização das atividades propostas pelo serviço (BRASIL, 2004).

Percebe-se que a adequação de estruturas, principalmente residenciais, para implantação de CAPS é ainda um desafio para os gestores da saúde. Com os ajustes, nem sempre é possível contemplar as estruturas mínimas recomendadas pelas legislações, que aliado à outras fragilidades do território, podem dificultar o alcance dos objetivos dos CAPS (RONCHI; AVELLAR, 2013; SILVA; LIMA, 2017). Nessa perspectiva, cabe destacar que, em 2015, o Ministério da Saúde publicou um manual que traz os requisitos mínimos para construção dos CAPS em suas diferentes modalidades, no sentido de tentar padronizar e estabelecer serviços com estrutura adequada em escala nacional (BRASIL, 2015).

Como parte da estrutura, vale lembrar da disponibilidade de recursos materiais, uma vez que é preciso garantir recursos com qualidade, em quantidades adequadas e no tempo correto, para evitar o desperdício, sobretudo, a falta desses recursos (COSTA; DIMENSTEIN, 2015). Em relação aos recursos materiais dos CAPS avaliados, em metade dos serviços (50%) a disponibilidade de materiais estava adequada e para a outra metade foi considerada inadequada.

No que diz respeito à disponibilidade de leitos, segundo a Portaria nº 336/2002 é obrigatória a existência de leitos em CAPS III, com no máximo cinco leitos, e CAPS AD, variando de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002). A maior parte dos CAPS estudados estava adequada quanto ao número de leitos (96,4%) e em apenas um serviço, a quantidade de leitos estava inadequada para o tipo de CAPS.

O período e o horário de funcionamento também variam de acordo com o tipo de CAPS. Dos 28 serviços avaliados, 92,9% (26) foram considerados adequados para o período de funcionamento, a saber, CAPS I, CAPS II e CAPS i, 5 dias na semana, CAPS III e CAPS AD, 7 dias na semana, mas quanto ao horário de funcionamento diário 64,3% (18) estavam inadequados. A maioria dos CAPS I funcionava menos de 10 horas por dia e, na maior parte das vezes, com pausa no horário de almoço, quando o recomendado é de 08 às 18 horas. Por outro lado, todos os CAPS III foram considerados adequados, funcionando durante 24 horas diárias, conforme preconizado pela Portaria de 2002.

Segundo Kantorski, Jardim e Quevedo (2013), muitos CAPS, principalmente da modalidade CAPS I, prestam atendimento inferior à carga-horária diária estabelecida pela legislação. Importa assinalar que as interrupções, que frequentemente vão de 12 às 14 horas, podem comprometer à adesão do usuário ao serviço, além de dificultar a continuidade do cuidado, especialmente daqueles usuários que necessitam de uma atenção intensiva.

Acerca das refeições, é estabelecido pela Portaria nº 336/2002 que o CAPS I, CAPS II, CAPS i e CAPS AD ofereçam para os pacientes assistidos em um turno (4 horas), uma refeição diária e para os assistidos em dois turnos (8 horas), duas refeições diárias. Já nos CAPS III além das refeições citadas, os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias. Foram considerados inadequados quanto ao oferecimento de refeições 17,9% (5) dos CAPS, e 82,1% (23) estavam adequados quanto a esse componente.

Em relação à equipe mínima dos CAPS, constatou-se que metade dos serviços foi avaliada de forma adequada e a outra metade inadequada. Conforme a Portaria GM nº 336/2002, a equipe mínima dos CAPS é composta por médico psiquiatra, enfermeiro, podendo abarcar três ou mais profissionais de nível superior de outras categorias, a depender da modalidade do serviço. Além disso, é composta por profissionais de nível médio e técnico, como técnicos de enfermagem, oficinairos, técnico educacional, dentre outros. Nos CAPS da Bahia avaliados, 100% das unidades estudadas possuíam médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social. O terapeuta ocupacional estava presente em 10 (35,7%) CAPS, o técnico/auxiliar de enfermagem em 24 (85,7%), o oficinairo em 16 (57,1%) e o pedagogo em oito CAPS (28,6%). Outros profissionais, como nutricionistas e farmacêuticos, estavam presentes em seis CAPS (21,4%).

Pesquisas realizadas em outras regiões do país constataram que o médico psiquiatra e o psicólogo são os profissionais com maior representatividade nesse serviço substitutivo. Outras categorias profissionais, como por exemplo, os farmacêuticos, mesmo diante da importância de organização, padronização e uso racional de medicamentos psicotrópicos, atuam de forma insuficiente nos CAPS (KANTORSKI; JARDIM; QUEVEDO, 2013; SILVA; LIMA, 2017).

É necessário sublinhar ainda a ausência de oficinairos/artesãos em 12 CAPS estudados, uma vez que se trata de um profissional com potencial destaque nesse tipo de serviço. As atividades lúdicas são importantes instrumentos terapêuticos, proporcionam além da interação social, estímulo à criatividade, à concentração, ao desenvolvimento de habilidades, podendo se tornar até uma fonte de renda para os usuários. Assim, questiona-se até que ponto essas unidades estão, de fato, proporcionando mudança no modelo de atenção ou reproduzindo práticas de assistência tradicionais.

Outras características analisadas foram o vínculo empregatício e a presença de profissionais com especialização na área de saúde mental. O total de funcionários efetivos variou de nenhum a 46, sendo que em 71,4% (20) dos CAPS possuíam de 1 a 5 efetivos. Bispo, Molesini e Pitta (2016) ao avaliarem os CAPS do Nordeste, com recorte para os CAPS baianos, também observaram que a maior parte dos vínculos empregatícios nessas unidades eram do tipo

contrato emergencial/temporário, tanto por nível e categoria profissional quanto por tipo de CAPS. Os vínculos temporários, sem dúvida, não garantem proteção social, direitos trabalhistas e estabilidade no emprego, prejudicando, dessa forma, o vínculo com os usuários.

No que se refere aos critérios de acesso ao CAPS, 89,3% (25) estavam adequados, por possuírem um ou mais critérios, haja vista que os CAPS são destinados ao atendimento de transtornos mentais graves ou persistentes e a depender da modalidade, possuem critérios de acordo com a faixa-etária (CAPS infantil), uso de substâncias psicoativas (CAPS AD), dentre outros (BRASIL, 2002). Em relação à classificação dos usuários em intensivo, semi-intensivo e não intensivo, 64,3% (18) foram considerados adequados e 35,7% (10) inadequados por não realizarem a classificação conforme Portaria do Ministério da Saúde. O sistema de referência e contrarreferência foi enquadrado como adequado em 89,3% (25) dos CAPS, e quanto à frequência de reuniões de equipe, 78,6% (22) estavam adequados, posto que se reuniam com frequência.

No que concerne à avaliação da dimensão estrutura organizacional das equipes de ESF, a Tabela 2 mostra a distribuição dos componentes pesquisados para esse serviço.

Tabela 2 - Avaliação da dimensão da estrutura organizacional de saúde mental das equipes de ESF, Feira de Santana, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Realização do atendimento de saúde mental	34	75,6	11	24,4
Registro do número de usuários com transtornos mentais da sua área de abrangência	41	91,1	4	8,9
Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas	26	57,8	19	42,2
Dispensação de benzodiazepínicos	45	100,0	0	0,0
Registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos	42	93,3	3	6,7

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os aspectos estruturais da saúde mental na ESF apontaram que a realização de atendimento, seja por demanda espontânea ou agendamento da consulta, estavam adequados na maior parte das equipes (75,6%) e inadequado em 24,4% (11) das unidades, uma vez que estas recebiam a demanda de saúde mental e encaminhavam para serviços especializados. É

importante ressaltar que a atenção primária desempenha um papel primordial no diagnóstico precoce e no início rápido do tratamento de diversos transtornos mentais caracterizados como de gravidade leve ou estáveis, por isso é emergente a capacitação das unidades para permitir a continuidade do tratamento na ESF, assim como contribuir para a redução do número de visitas ao psiquiatra.

Outro ponto importante avaliado foi o registro do número de casos de usuários com transtornos mentais da área de abrangência, o qual quase a totalidade das equipes, o equivalente a 41 unidades (91,1%) foram consideradas adequadas e somente 8,9% (4) estavam inadequadas, por não possuírem esse registro. Percebeu-se que, em relação aos usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, o percentual de ESF adequadas quanto a esse registro caiu para 57,8% (26), demonstrando que as populações vulneráveis associadas ao uso de substâncias psicoativas são, de certa forma, mais negligenciadas pelos serviços.

Em uma pesquisa que investigou a assistência a usuários de drogas de um município de grande porte do Sudeste brasileiro, observou-se que 75% do total de pacientes dependentes químicos que não estavam sendo acompanhados pelos CAPS e ESF não tinham sido sequer cadastrados, reforçando a existência de fragilidades no que se refere à assistência e à busca ativa desses usuários (PIRES et al., 2016).

No que tange à dispensação de benzodiazepínicos, 100% das unidades estavam adequadas quanto ao fornecimento da medicação e 93,3% encontravam-se adequadas quanto ao registro do número de usuários em uso crônico desse psicotrópico. Os benzodiazepínicos são medicamentos amplamente utilizados no Brasil, não raro, problemas como a simples renovação de receitas exigida pelos usuários sem o devido acompanhamento, apontam para a responsabilidade das unidades de atenção primária no controle da dispensação desse e de outros medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central (BRASIL, 2013).

A Tabela 3 apresenta os componentes da estrutura organizacional das residências terapêuticas avaliadas. Do total de quatro residências, três eram do tipo II e uma do tipo I. O SRT se diferencia pelo número de moradores que pode ser acolhido, sendo que a tipo I acolhe no máximo oito moradores e a tipo II, máximo de dez moradores (BRASIL, 2000). No presente estudo constatou-se que uma das residências foi considerada inadequada quanto ao número máximo de moradores, haja vista que era do tipo I e abrigava mais do que o preconizado.

No que se refere à estrutura física, todas as residências terapêuticas estavam adequadas quanto à composição do espaço, compostas por sala de estar e jantar, dormitórios, cozinha, banheiro e varanda, além do mais as refeições disponibilizadas (café da manhã, lanche, almoço

e jantar) pelas residências também estavam adequadas em conformidade com a Portaria nº 106/2000 (BRASIL, 2000).

Tabela 3 - Avaliação da dimensão da estrutura organizacional das Residências Terapêuticas, Bahia, 2020

Componente	Critério	
	Adequado	Inadequado
Número máximo de moradores	3	1
Estrutura física	4	0
Refeição para os usuários	4	0
Equipe técnica da residência terapêutica	3	1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação à equipe técnica, em três residências a composição técnica estava adequada. Em apenas uma residência a equipe foi considerada inadequada, pois não foi citada a existência de cuidador, peça chave para o cuidado no âmbito desse serviço substitutivo. Vale ressaltar que todas as residências estudadas possuíam um enfermeiro responsável.

As residências devem ter, pelo menos, um profissional de nível superior e dois profissionais de nível médio, que tenham experiência ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. O profissional de nível superior é a referência técnica da casa, com a função de supervisionar as atividades. Os profissionais de nível médio, por seu turno, atuam como cuidadores e auxiliares diretos, contribuindo para a reinserção social dos sujeitos (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

Dimensão da atenção psicossocial

A avaliação da atenção psicossocial compreende o processo de cuidado nos serviços de saúde. Nos CAPS, segundo o Artigo 4º da Portaria nº 336/2002, a assistência consiste em atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, além de outras atividades imprescindíveis para o alcance dos resultados (BRASIL, 2002). A Tabela 4 mostra os principais indicadores do processo avaliados nos CAPS da Bahia, em 2020.

Conforme apresentado, 78,6% (22) dos CAPS cumpriram os critérios de adequação quanto à construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os usuários, seguindo a

tendência de outras regiões do país onde também é alto o índice de confecção de PTS (LEAL; ANTONI, 2013; BUSTAMANTE et al., 2020). Contrariamente, cerca de 21% dos serviços foram classificados como inadequados para esse parâmetro, justamente por não confeccionar PTS na rotina do CAPS.

Tabela 4 – Avaliação da dimensão da atenção psicossocial dos CAPS, Bahia, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	22	78,6	6	21,4
Realização de acolhimento no serviço	28	100,0	0	0,0
Realização de atividades grupais	28	100,0	0	0,0
Possuir protocolo de atendimento individual	22	78,6	6	21,4
Realização de oficinas terapêuticas	28	100,0	0	0,0
Existência de projeto de geração de renda	10	35,7	18	64,3
Realização de visitas domiciliares	28	100,0	0	0,0
Utilização outros espaços na comunidade	16	57,1	12	42,9
Realização de ações de promoção da saúde mental	25	89,3	3	10,7
Realização ações de prevenção de outras doenças	18	64,3	10	35,7
Educação permanente em saúde mental	12	42,9	16	57,1
Mecanismo de participação do usuário	11	39,3	17	60,7

Fonte: Elaborado pelos autores.

O PTS, preconizado pelas atuais políticas de saúde mental, é definido como um plano que inclui um conjunto de ações e condutas terapêuticas resultante da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar dirigido ao indivíduo, à família ou à coletividade (BRASIL, 2013). Busca ainda a singularidade como elemento central, uma vez que leva em consideração as necessidades, as crenças e o contexto social das pessoas para a definição das estratégias de intervenção (HORI; NASCIMENTO, 2014). Dessa forma, é preciso entender que a atividade de elaboração do PTS faz parte do processo de cuidado que, ao ser concluído enquanto projeto, torna-se produto que guia este mesmo processo. Daí a importância dessa ferramenta para qualificar a atenção psicossocial.

Todos os CAPS alcançaram os critérios de adequação quanto à realização de acolhimento no serviço, de atividades grupais, de oficinas terapêuticas e de visitas domiciliares.

As atividades grupais com usuários e familiares tinham como tipo de abordagem mais citado a terapia de grupo (89,3%), seguido pela terapia em família (60,7%) e grupos com informações sobre o tratamento (46,4%). Considerando que as oficinas terapêuticas são umas das principais estratégias de tratamento dos CAPS, dentre as oficinas realizadas, as mais citadas foram as oficinas de artesanato (89,3%), higiene e cuidados pessoais (75%), música (64,3%), dança (32,1%), teatro (14,3%) e outras oficinas (46,4%).

As atividades em grupo, bem como as oficinas de arte ou artesanato, que sem dúvida, são as mais frequentes nos CAPS, são imprescindíveis para o processo de cuidado dos usuários, pois possibilitam trabalhar a expressão individual, a interação social, além de gerar um produto palpável (KANTORSKI; JARDIM; QUEVEDO, 2013; LEAL; ANTONI, 2013; SILVA; LIMA, 2017).

No que concerne ao componente protocolo de atendimento individual para guiar as ações dos profissionais dos CAPS, a maior parte estava adequada (78,6%), e 21,4% inadequada, apesar de sabidamente existirem manuais do Ministério da Saúde que tratam sobre os atendimentos nesse tipo de serviço (BRASIL, 2004). Em relação às ações de promoção da saúde mental, 89,3% (25) dos CAPS cumpriram os critérios de adequação e quanto às ações de prevenção de outras doenças, 64,3% (18) estavam adequados, enquanto 35,7% (10), inadequados. Quanto à abordagem, os profissionais elencaram ações de prevenção ao suicídio, campanha janeiro branco, comemoração do Dia da Luta Antimanicomial, saúde da mulher, alimentação saudável, dentre outros. Embora as ações de promoção da saúde mental destacadas serem aquelas consideradas campanhistas e pontuais, cabe destacar que, além do tratamento e acompanhamento das pessoas que já apresentam um transtorno, é imprescindível também a realização dessas ações para contribuir com a redução do adoecimento psíquico.

Para o êxito da RAPS, o uso dos recursos da comunidade, a articulação intersetorial e a apropriação dos espaços do território são fundamentais para estimular a autonomia dos sujeitos (BENEVIDES et al., 2010). Assim, quanto a esse parâmetro, pouco mais da metade dos CAPS (57,1%) enquadraram-se como adequados, e destacaram-se, com maior frequência, atividades extramuro nas escolas, biblioteca, quadras poliesportivas (37,5%), praças/rua/atividades ao ar livre (37,5%) e unidades de saúde da RAPS (26,7%). Contudo, importa assinalar a limitação desse indicador, uma vez que avalia os serviços que realizam a atividade conforme a normatização, mas não capta a frequência ou tempo gasto nas atividades extramuro.

Os projetos de geração de renda na saúde mental constituem também ferramentas essenciais para a reinserção dos usuários. Apesar disso, cerca de 64,3% (18) dos CAPS avaliados estavam inadequados. É importante salientar que tais projetos criam possibilidades

de trocas sociais e subjetivas, conforme os objetivos da RPB (TORDIN, 2015), além disso, ofertam trabalho para pessoas com transtornos mentais que, muitas vezes, precisaram se afastar do trabalho ou perderam a oportunidade pelo estigma ainda presente na sociedade.

A partir dos questionamentos sobre educação permanente em saúde mental para os profissionais dos CAPS, observou-se que a maioria dos serviços (57,1 %) foram considerados inadequados. De forma complementar, a maior parte dos centros 64,3% (18) tinham de 1 a 3 especialistas em saúde mental. Corroborando com esses achados, estudo realizado por Silva e Lima (2017) com os CAPS da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, evidenciaram a carência de profissionais especializados, assim como a necessidade de implantação de mais residências, cursos de especialização e educação permanente nessa área.

Com relação à participação dos usuários nos serviços, em 60,7% (17) dos CAPS foi considerado inadequado, o que significa que na maioria não existia mecanismo de participação e avaliação da satisfação com o serviço para os usuários e familiares, evidenciando que a construção de espaços coletivos para a participação dos cidadãos nas políticas de saúde é ainda incipiente na saúde mental, se comparado às demais áreas no campo da saúde (GUIMARÃES et al. 2010).

Os componentes avaliados da dimensão da atenção psicossocial na ESF estão apresentados na Tabela 5. O primeiro componente diz respeito à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para saúde mental na unidade, sendo encontrado que 80% (36) das equipes estavam classificadas como adequadas e 20% (9) inadequadas. É inegável que os profissionais dispõem de diretrizes terapêuticas para o atendimento das demandas de saúde mental (BRASIL, 2013), entretanto muitos não tem conhecimento da existência desses dispositivos, dificultando a realização de intervenções terapêuticas no âmbito da APS.

Tabela 5 – Avaliação da dimensão da atenção psicossocial das equipes de ESF, Feira de Santana, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Possuir protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para saúde mental	36	80,0	9	20,0
Matriciamento NASF	13	28,9	32	71,1
Matriciamento CAPS	3	6,7	42	93,3
Educação permanente	15	33,3	30	66,7

Construção de Projeto Terapêutico Singular para os usuários com transtorno mental	34	75,6	11	24,4
Realização de atividades de saúde mental	22	48,9	23	51,1
Realização de visita domiciliar aos usuários com transtorno mental	45	100,0	0	0,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

No que se refere ao apoio matricial, em 71,1% (32) o matriciamento através do NASF foi considerado inadequado e, em 93,3% (42), o matriciamento do CAPS foi classificado também como inadequado. Conforme observado nos resultados ainda é incipiente o apoio matricial dos CAPS na atenção primária, embora desde 2003, o Ministério da Saúde venha priorizando o matriciamento como forma de organização das ações de saúde mental junto à atenção básica (BRASIL, 2004). Pesquisas apontam que é fundamental aumentar a produção conjunta da atenção psicossocial entre ESF e CAPS, uma vez que, por meio desse dispositivo é possível regular os fluxos de atendimentos, definindo em qual nível cada caso será atendido, além de aprimorar as ferramentas dos profissionais da ESF para o cuidado em saúde mental (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; SOUZA et al., 2012; SOUZA et al., 2017).

Quanto ao indicador de educação permanente, constatou-se que, seguindo a tendência dos resultados encontrados na avaliação dos CAPS, a maior parte das equipes de ESF estava inadequada (66,7%), ou seja, grande parte dos trabalhadores não tinha recebido capacitações no campo da saúde mental, além de não ocorrerem de forma periódica. Na atenção primária, segundo Souza et al. (2017) e Almeida et al. (2020), é visível o déficit de conhecimentos ofertados nos cursos de graduação, aliado à falta de treinamentos contínuos, o que podem gerar insegurança nos profissionais de saúde em prestar assistência aos usuários com transtornos mentais.

Em relação à elaboração de PTS para os usuários com transtornos mentais nas unidades de saúde da família, constatou-se que 75,6% (34) foram classificadas como adequadas, enquanto 24,4% (11) inadequadas. De forma inesperada, o elevado índice de confecção de PTS nas unidades estudadas demonstra a preocupação de prestar um cuidado qualificado aos usuários. Por outro lado, estudos apontam a dificuldade de aderência à utilização do PTS na prática profissional, o desconhecimento sobre a importância desse recurso, além da aplicação incorreta do PTS no cotidiano dos serviços de APS (HORI; NASCIMENTO, 2014; SOUZA et al., 2017). Quanto às unidades que estavam inadequadas, ao serem questionadas sobre o porquê da não confecção do PTS, que é indicada para os casos mais graves, os profissionais

justificaram pela grande demanda de usuários (36,4%), por não ser rotina na unidade confeccionar PTS (18,2%) ou pela falta de tempo (9,1%).

O indicador de realização de atividades de saúde mental, seja sobre os transtornos, uso de medicamentos ou promoção da saúde mental, em 51,1% (23) das unidades estava inadequado e em 48,9% (22) a realização dessas atividades estava adequada. Em concordância com a literatura, as unidades de saúde da família carecem de abordagens terapêuticas diversificadas na área de saúde mental, limitando-se, muitas vezes, à dispensação de medicamentos (ARCE; SOUZA; LIMA, 2011; NÓBREGA et al., 2017).

A realização de visita domiciliar aos usuários com transtornos mentais da área de abrangência foi considerada adequada em todas as unidades avaliadas. Apesar da resposta afirmativa quanto à realização de visitas domiciliares, não se sabe como ocorre a sistematização da assistência, se existe um plano de cuidados e quais os tipos de intervenções ou orientações são realizados durante as visitas àqueles que possuem um transtorno mental e que são acompanhados pela ESF, sendo necessária a realização de outros estudos para compreender tais aspectos.

Dos profissionais responsáveis pelas visitas domiciliares aos usuários com transtornos mentais, os que mais realizavam eram os agentes comunitários de saúde (64,4%), seguidos pelos enfermeiros e médicos, representando 13,3% (6) cada um, e outros profissionais, com 8,9% (4). Souza et al. (2012) confirmam a importância dos agentes comunitários na produção do cuidado em saúde mental, ressaltando que é preciso também ofertar mais e melhores capacitações para estes trabalhadores, que contribuem significativamente para o processo da RPB.

No tocante à avaliação da dimensão da atenção psicossocial das residências terapêuticas, conforme descrito na Tabela 6, em todas as residências avaliadas os componentes relativos à construção de PTS para os usuários e à existência de protocolo de atendimento para guiar as ações dos cuidadores foram classificados como adequados. O atendimento a esses critérios pressupõe que dentro das casas existe o envolvimento e o trabalho em equipe entre profissionais de saúde, cuidadores e moradores para a elaboração de projetos terapêuticos conforme as necessidades de cada usuário (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008), contemplando, dessa forma, o que dizem os protocolos de cuidado em saúde mental no âmbito do SRT.

Tabela 6 – Avaliação da dimensão da atenção psicossocial do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Bahia, 2020

Componente	Critério	
	Adequado	Inadequado
Projeto Terapêutico Singular para os usuários	4	0
Educação permanente	2	2
Preparação para atendimentos de saúde mental	3	1
Protocolo de atendimento para guiar as ações dos cuidadores	4	0
Acompanhamento terapêutico diário	1	3

Fonte: Elaborado pelos autores.

Acerca do indicador de educação permanente, encontrou-se que metade das residências cumpriu os critérios de adequação, apontando que não aconteciam capacitações em saúde mental com frequência. Segundo a literatura, os cuidadores, técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior para atuar no SRT, precisam possuir especialização, capacitação ou experiência prévia no campo da atenção psicossocial (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008; ALMEIDA; CESAR, 2016).

Pesquisa realizada em Iquitos, no Peru, observou que a maioria dos cuidadores (88%) das residências terapêuticas recebeu algum tipo de capacitação em saúde mental no último ano, sendo que, destes cuidadores, grande parte eram técnicos de enfermagem e os demais possuíam experiência anterior na comunidade ou já haviam trabalhado em serviços de psiquiatria (HERRERA-LOPEZ et al., 2018).

O acompanhamento terapêutico foi considerado adequado em apenas uma residência terapêutica e inadequado, em três delas. O ideal é que as visitas dos cuidadores ou demais profissionais envolvidos no processo de cuidado do SRT, possuam uma frequência de realização conforme o tipo de residência e as limitações dos moradores, que pode ser diariamente ou semanalmente (BRASIL, 2000). No entanto, constatou-se que na maior parte das residências o acompanhamento era feito sem frequência definida.

Dimensão do resultado das práticas

A avaliação do resultado das práticas refere-se às mudanças no estado de saúde do usuário durante o processo, sendo capaz de revelar os efeitos da ação desenvolvida pelos serviços (SILVA; COELHO, 2016). Silva e Formigli (1994) destacam que é fundamental a avaliação da efetividade das ações sobre a saúde da população, mas, dada a complexidade de

obter tais informações, o acompanhamento de indicadores de morbidade e mortalidade também podem ser utilizados para avaliar os resultados.

As Tabela 7, 8 e 9 trazem os componentes de resultados alcançados pelos CAPS, ESF e SRT e a Tabela 10 mostra os coeficientes de morbidade e mortalidade, média de permanência hospitalar por transtorno mental e taxa de suicídio.

Tabela 7 – Avaliação do resultado das práticas dos CAPS, Bahia, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Alcance os resultados esperados de cuidado	18	64,3	10	35,7
Manejo do usuário em situação de crise	26	92,9	2	7,1
Alcance da reabilitação social dos usuários	14	50,0	14	50,0
Redução de recidivas em pacientes crônicos	19	67,9	9	32,1
Inserção de usuários no mercado de trabalho	26	92,9	2	7,1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Cerca de 64,3% (18) dos CAPS avaliados foram considerados como adequados quanto ao alcance de resultados esperados de cuidado do usuário com transtorno mental, uma vez que os participantes afirmaram alcançar os objetivos do cuidado. Na maior parte dos serviços, o manejo em situação de crise estava adequado (92,9%), em 67,9%, a redução do número de recidivas em pacientes crônicos foi considerada adequada, assim como a reinserção dos usuários no mercado de trabalho (92,9%) e quanto ao alcance da reabilitação social dos usuários, metade dos CAPS estavam adequados, já que possuem usuários que passaram a ser reinseridos na comunidade.

A oferta de diversas abordagens terapêuticas no interior dos CAPS é uma das estratégias que mais possibilitam articular a reinserção social ao exercício da cidadania. Para Moreira e Bosi (2019), contribuir para que o usuário retorne ao mercado de trabalho significa extrapolar o espaço da oficina e da própria instituição a qual está vinculado, para realmente adentrar na comunidade, empoderando esses indivíduos e produzindo mais igualdade nas relações sociais.

É inegável que garantir a reinserção dos usuários é um desafio para os serviços substitutivos de saúde mental e mais difícil ainda, é medir e monitorar o alcance dessa reabilitação. Daí a necessidade de realização de mais estudos com vistas ao desenvolvimento

de indicadores que monitorem a reinserção social desses indivíduos fora dos espaços dos serviços de saúde.

No que tange à avaliação do resultado das práticas voltadas aos usuários com transtornos mentais alcançado pelas equipes de ESF (Tabela 8), foram analisadas à adequação de dois indicadores: manejo do usuário em situação de crise e acompanhamento dos usuários atendidos em outros pontos de atenção. Esses dois componentes foram avaliados de forma adequada na maioria das equipes, representando 80% e 82,2%, respectivamente.

Tabela 8 – Avaliação do resultado das práticas das equipes de ESF, Bahia, 2020

Componente	Critério			
	Adequado		Inadequado	
	n	%	n	%
Manejo do usuário em situação de crise	36	80,0	9	20,0
Acompanhamento dos usuários atendidos em outros pontos de atenção	37	82,2	8	17,8

Fonte: Elaborado pelos autores.

A avaliação do resultado das práticas das Residências Terapêuticas demonstrou que acerca do indicador auxílio reabilitação psicossocial para usuários com transtornos mentais, egressos de longas internações, a maior parte das residências (três) enquadraram-se como adequadas, pois tinham moradores que recebiam auxílio financeiro. O auxílio reabilitação Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, também é uma das estratégias potencializadoras para a emancipação de pessoas com transtornos mentais, pois, de certa forma, tem caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos degradantes e privados de seus direitos básicos de cidadania (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, BRASIL, 2019).

Tabela 9 - Avaliação do resultado das práticas das Residências Terapêuticas, Bahia, 2020

Componente	Critério	
	Adequado	Inadequado
Auxílio reabilitação (Programa De Volta Para)	3	1
Alta dos moradores da (s) residência (s) no último ano	1	3
Participação dos usuários em atividades fora da SRT	2	2
Usuários que retornaram ao convívio familiar no último ano	0	4

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além do mais, disponibilizar o recurso financeiro é fundamental, mas não suficiente, uma vez que é preciso oferecer aos moradores orientações quanto ao uso do dinheiro, reconhecimento das notas, assim como sacá-las nos caixas eletrônicos, estimulando o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Com o auxílio financeiro, em conjunto com os profissionais e cuidadores, os usuários podem propor lista de compras a partir das necessidades deles, passeios, viagens, dentre outras atividades.

Dentre as residências avaliadas, apenas uma obteve o componente alta dos moradores da (s) residência (s) no último ano adequado e nenhuma residência estava adequada quanto ao componente usuários que retornaram ao convívio familiar no último ano. Foi estabelecido no estudo o critério de pelo menos uma alta da residência ou retorno do usuário ao convívio familiar no período de um ano. Contudo, cabe salientar as dificuldades das famílias em reincorporar àquele membro da família que durante muito tempo esteve afastado e internado, agora sem vínculo, sem convívio. Para que o membro retorne ao seio familiar é necessário que haja a preparação cautelosa e o devido suporte terapêutico para que esses familiares possam cuidar, proteger e aliviar-se da sobrecarga vivida (SILVEIRA; SANTOS JÚNIOR, 2011).

No que concerne ao indicador de participação de usuários em atividades extramuro, metade das residências foram classificadas como adequadas e a outra metade, inadequada. São muitas as possibilidades de inserção social na comunidade para os moradores que vieram de longas internações em hospitais psiquiátricos, como igrejas, escolas, academia de saúde, centros de convivência, mas ainda é frágil essa articulação.

Concordando com outros estudos (HERRERA-LOPEZ et al., 2018), os moradores de residências terapêuticas não costumam frequentar outros espaços além dos serviços de saúde mental, isto porque os próprios cuidadores têm resistência em deixá-los sair sozinhos, dificultando, assim, o desenvolvimento da autonomia necessária para a reinserção na sociedade.

Cabe ressaltar que em 2020 instalou-se a pandemia da COVID-19, que, além dos riscos à saúde física, trouxe também implicações sobre a saúde mental das pessoas. Schmidt et al. (2020) afirmam que tem sido comum o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade na população geral diante das preocupações quanto ao colapso do sistema de saúde, à escassez de suprimentos, às perdas financeiras, ao medo de adoecer e de morrer, às medidas de isolamento social, dentre outras. Na contramão, os autores enfatizaram a dificuldade no enfrentamento dos desdobramentos psicológicos negativos associados à doença, posto que tendem a ser negligenciados ou subestimados pela rede de saúde, que acaba priorizando a saúde física e o combate ao agente patogênico.

Dimensão da articulação e integração dos serviços da rede

A avaliação da dimensão referente à articulação e integração entre os serviços da RAPS, conforme apresentado na Tabela 10, revelou que, do total de 77 serviços avaliados, 44,2% (34) dos profissionais de saúde entrevistados avaliaram como bom o grau de integração da RAPS, 35,1% (27) como regular, 15,6% (12) como muito bom e 4,1% (03) avaliaram o grau de integração da RAPS como ruim. Observou-se que 51,9% (40) dos profissionais referiram não encontrar dificuldades significativas para encaminhar os usuários para outros serviços da RAPS, enquanto 48,1% (37) afirmaram enfrentar barreiras no caminhar pela rede.

Esses resultados discordam do estudo realizado por Souza et al. (2012), o qual os autores encontraram que a avaliação da articulação entre os CAPS e outros serviços da rede era precária, uma vez que os serviços disponíveis muitas vezes se apresentavam dispersos e isolados.

Tabela 10 – Avaliação da dimensão da articulação e integração da RAPS, Bahia, 2020

Componente	Muito bom		Bom		Regular		Ruim		Muito ruim	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Integração da RAPS	12	15,6	34	44,2	27	35,1	4	5,2	0	0,0
Adequação dos protocolos de fluxos na rede	7	9,1	27	35,1	20	26,0	4	5,2	1	1,3
Articulação e comunicação com ESF	9	28,1	8	25,0	11	34,4	3	9,4	1	3,1
Articulação e comunicação com os CAPS	6	12,2	16	32,7	21	42,9	5	10,2	1	2,0
Vínculo com o SRT	7	30,4	2	8,7	12	52,2	0	0,0	2	8,7
Articulação e comunicação com o SAMU	4	12,5	10	31,3	6	18,8	4	12,5	0	0,0
Articulação com outros recursos da comunidade	5	17,9	8	28,6	9	32,1	5	17,9	1	3,6

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando perguntados sobre a existência de mecanismos ou protocolos para guiar os fluxos assistenciais na RAPS, a maioria dos profissionais (68,8%) relatou que sim e 31,2%, referiu que não possuía. Em relação à adequação desses protocolos à realidade do serviço, o grau de avaliação pelos entrevistados variou de muito bom a muito ruim, sendo que a maior parte, 35,1% (27) avaliaram como bom, 26% (20) regular, 9,1% (7) muito bom, 5,2% (4) ruim e 1,3% (1) como muito ruim.

No que se refere ao acompanhamento contínuo realizado pelos profissionais dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção da rede, 71,4% (53) dos entrevistados

afirmaram que fazem esse acompanhamento, 28,6% (22) relataram que não fazem ou às vezes fazem esse acompanhamento. A articulação e comunicação com os outros serviços da RAPS demonstrou que o grau de comunicação com as equipes de ESF foi avaliado, em sua maioria, como regular, equivalente à 34,4% dos profissionais dos CAPS e das residências terapêuticas. Os dados em relação ao grau de integração e comunicação com os CAPS obtiveram resultados parecidos, a maioria dos profissionais (42,9%), incluindo ESF e residências terapêuticas, avaliaram como regular e 32,7% como boa a integração entre os serviços.

Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos que constataram que as equipes de ESF tem menor articulação com os CAPS e residências terapêuticas (SILVA, 2013; VIEIRA et al., 2020). Vale lembrar que os CAPS têm um papel primordial na capacitação e supervisão das equipes de atenção básica no âmbito do seu território. Além disso, a inclusão de ações de saúde mental na ESF tem sido cada vez mais estimulada pelas políticas de saúde, haja vista que os sujeitos são assistidos na comunidade, próximo da família, permitindo uma clínica solidária e integral às pessoas com transtornos mentais e, ao mesmo tempo, superando a lógica do encaminhamento, onde o sistema de saúde fica fragmentado (VIEIRA et al., 2020).

A existência de vínculo com residências terapêuticas foi encontrada em apenas 16,4% (12) dos serviços, ou seja, a maior parte, 83,6% (61), não possuía vínculo com esse dispositivo substitutivo. No que diz respeito à avaliação da comunicação e integração com os serviços residenciais terapêuticos, 52,2% dos profissionais avaliaram como regular, 30,4% como muita boa essa comunicação, 8,7% como boa e 8,7% como muito ruim.

As intervenções domiciliares em função da crise, conforme os entrevistados, costumavam ser realizadas pela maioria dos serviços (83,6%) e 16,4% não realizavam esse tipo de intervenção, ficando à cargo, na maioria das vezes de serviços, como o SAMU ou de responsabilidade dos próprios familiares. Nesse sentido, a respeito da articulação com o SAMU nesse tipo de situação, 75,7% dos profissionais afirmaram existir essa comunicação, sendo a avaliação da integração com o SAMU considerada boa pela maior parte dos entrevistados (31,3%). Uma das lacunas da RAPS é a necessidade de ampliação da atenção às situações de crise e urgência em saúde mental, em especial com o SAMU, que têm a competência de atender também às crises psiquiátricas, em consonância com a Política Nacional de Atenção Urgências (OLIVEIRA et al., 2018).

Ainda em relação às situações de crise que fogem da capacidade de resolutividade do serviço, a maioria dos participantes referiu encaminhar os usuários para o hospital especializado em psiquiatria (55,8%), seguido pelo hospital geral estadual ou municipal (26%), CAPS III (20,8%) e, por último, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (7,8%). Vale lembrar que os

CAPS da modalidade I, II e infantil não possuem leitos de internação, por isso, em diversas situações podem encaminhar o usuário ao CAPS III. Conforme observado por Souza et al. (2012), o serviço mais procurado para ocorrências de crise em pessoas com transtornos mentais também foi o hospital psiquiátrico (87,7%), seguido pelo ambulatório (42,3%) e o menos procurado foi o CAPS AD (19,2%).

Segundo Wetzel e Kantorski (2004), é na eminência de uma crise mais grave que aparece a fragilidade dos serviços, levando, muitas vezes, à internação e ruptura no processo de vinculação do sujeito com o serviço. No momento de maior sofrimento e fragilidade, o usuário vai para um ambiente desconhecido, exposto a uma quebra de seus referenciais e vínculos. No entanto, o mais importante não é eliminar as internações psiquiátricas, até porque têm situações que elas são necessárias, mas é fundamental construir espaços alternativos nos hospitais gerais, com profissionais ligados à rede de saúde mental, para que a internação seja mais breve possível e eficaz.

Já os serviços que mais encaminham para os CAPS foram as equipes de ESF, mencionadas por 64,3% dos profissionais, em seguida têm-se os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar (10,7%), os hospitais psiquiátricos, também mencionado por 10,7% dos participantes, a UPA (7,1%) e as escolas (3,6%).

Em relação à articulação do serviço com outros recursos da comunidade, tais como escolas, igrejas, praças, academias, cinemas, dentre outros, para a realização de ações de saúde mental, a maior parte dos profissionais, cerca de 32,1%, avaliaram essa integração como regular, 28,6% como bom grau de articulação, 17,9% como muito bom, 17,9% como ruim e 3,6% como muito ruim. Apesar da maioria dos serviços ter qualificado a integração com os recursos da comunidade de forma regular, destaca-se que as vivências envolvendo profissionais e usuários além dos muros do serviço são essenciais para o fortalecimento dos vínculos (LIMA; GUIMARÃES, 2019) e para a própria inserção dos sujeitos, transformando essa articulação em uma verdadeira rede de apoio social.

De modo geral, percebeu-se que a maioria dos parâmetros de articulação e integração avaliados foram classificados como regular. Essa rotulação indica, de certa forma, que apesar dos avanços, ainda existem fatores que dificultam o alcance de uma boa integração do cuidado em saúde mental na RAPS.

Dada a complexidade dos transtornos mentais, é necessária uma maior articulação entre serviços substitutivos com a atenção primária, com os serviços de urgência e emergência e com a própria comunidade, através de trocas dialógicas entre saberes, experiências e sentimentos,

uma vez que cumprir as normas ministeriais, por si só, não garante o avanço da RPB, mas com empenho de todos que compõem a rede é possível ofertar uma atenção à saúde mental mais digna e, efetivamente, compartilhada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de alguns serviços da RAPS da Bahia foi de fundamental importância para identificar resultados alcançados pela atual política de saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. A avaliação dos indicadores relacionados à estrutura organizacional apontou para a adequação, na maioria dos CAPS, ESF e residências terapêuticas. Apesar disso, constatou-se inadequação de componentes, como horário de funcionamento, climatização e disponibilidade de materiais nos CAPS, e número de moradores maior que o preconizado em uma das residências. Neste sentido, é notório que a ambiência dos espaços da saúde vai além da composição técnica e formalizada, por isso é imprescindível considerar as situações que são construídas, a fim de proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humanizada.

Os indicadores da atenção psicossocial revelaram que a maior parte dos serviços confeccionava o PTS, enquanto a diversidade terapêutica foi percebida majoritariamente nos CAPS. Os indicadores chamam atenção para a necessidade de mais investimentos em educação permanente para os profissionais de saúde dos três serviços avaliados, voltada para a construção da atenção psicossocial em rede, para que possam criar, cada vez mais, espaços para a troca de saberes e experiências, e mais ainda, para a construção conjunta de projetos terapêuticos, não se reduzindo à tratamentos isolados e ao encaminhamento para outros serviços.

A dimensão do resultado das práticas convergiu para a obtenção de resultados positivos em saúde mental. A maior parte dos CAPS tem conseguido reduzir o número de recidivas em pacientes crônicos e muitos possuíam usuários que retornaram ao mercado de trabalho. Nas residências terapêuticas, poucos moradores haviam recebido alta no último ano e em metade delas tinham usuários que participavam de outras atividades fora do SRT. A ESF, conforme os resultados, desempenha um papel primordial no campo da atenção psicossocial, por estar circunscrita ao espaço de convívio social dos usuários, mas ainda precisa ser valorizada como um lugar estratégico para o acompanhamento dos agravos de saúde mental e para a garantia da inserção social dos sujeitos.

Assim, apesar da limitação de alguns indicadores na captação de características estruturais, de processo e de resultado, sabidamente de difícil obtenção através de questionários *on line*, espera-se que esta pesquisa contribua para o desenvolvimento de indicadores

avaliativos para a RAPS e que possam ser replicados em outros contextos, colaborando para o avanço das análises nessa área, sobretudo, para o alcance da atenção integral à saúde do usuário com transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. R. et al. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Rev Fun Care**, v. 12, p. 420-425, 2020.

ALMEIDA, F. A.; CEZAR, A. T. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **Rev IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 105 – 114, 2016.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-1074, 2018.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F.; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 11, n. 1, p. 21-27, 2008.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BISPO, J. C.; MOLESINI, J. A. O.; PITTA, A. M. F. Centros de Atenção Psicossocial da Bahia: vínculos empregatícios. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 772-784, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa**. 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa/condicoes-para-ser-um-beneficiario>>. Acesso em: 10 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2000, Seção 1, Pág. 23.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002, Seção 1, Pág. 22.

BUSTAMANTE, V. et al. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, v. 24, e190276, 2020.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Leitos**. 2019. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Tipos de estabelecimento**. 2020. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29>. Acesso em: 12 nov. 2020.

COSTA, A. et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. port. enferm. saúde mental.**, v. 7, p. 46-53, 2012.

COSTA, M. M.; DIMENSTEIN, M. CAPS com gerência pública e privada: estudo na Rede de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Norte. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 6 n. 1, p. 7-18, 2015.

COSTA, C. B. A. et. al. Regionalização da Saúde Mental: distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no estado da Bahia. **REVISE**, v. 4, p.123-133, 2019.

DONABEDIAN, A. Quality assurance. Structure, process and outcome. **Nurs Stand**, Great Britain, v. 7 (Suppl. 11), p. 4-5, 1992.

GUIMARÃES, J. M. X. et al. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Cienc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, 2010.

HERRERA-LOPEZ, V. et al. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e141, p. 1-9, 2018.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Cien Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; QUEVEDO, A. L. A. Avaliação de estrutura e processo dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 4, p. 728-35, 2013.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. 969 p.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, v. 40, p. 87-101, 2013.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, v. 29, n. 3, 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

OLIVEIRA, G. C. Urgências e emergências em saúde mental: a experiência do Núcleo de Saúde Mental do SAMU/DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, Suppl 1, p. 75-78, 2018.

PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**; v. 23, n. 1, 2019.

PIRES, L. F. B. et al. Estratégia saúde da família e assistência ao dependente químico: ações conjuntas ou isoladas? **Rev. Eletr. Enf.**, v. 18, e1180, 2016.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na atenção psicossocial infanto-juvenil: um estudo no CAPSi. **Saude Soc.** v. 22, n. 4, p. 1045-58, 2013.

SCHMIDT, B. et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, v. 37, e200063, 2020.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, G. M. **A articulação da saúde mental em redes de atenção à saúde**: a perspectiva dos trabalhadores da estratégia de saúde da família e do centro de atenção psicossocial de Santa Cruz do Sul. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2013.

SILVA, M. S. R. M.; COELHO, T. C. B. Avaliação do SAMU – 192: a política das urgências em cena. In: ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, E. M. **Análise de problemas sociais e de saúde**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SILVA, S. N.; LIMA, M. G. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 1, p. 149-160, 2017.

SILVANY NETO, A. M. **Bioestatística sem segredos**. Salvador, 2008. 321p.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. S. **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p.

SOUZA, J. et al. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 935-41, 2017.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente**: um modo de fazer. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TORDIN, M. M. **Saúde Mental e Geração de Renda**: uma experiência de coletividade e empoderamento. TCC (Especialização) – Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIEIRA, S. M. et al. Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 593-8, 2004.

6.3 Artigo 3

FUNCIONALIDADE DE UMA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

FUNCTIONALITY OF A PSYCHOSOCIAL CARE NETWORK (RAPS) IN THE EVALUATION OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles
Thereza Christina Bahia Coelho

RESUMO

O estudo objetiva compreender como os profissionais da saúde mental avaliam o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município de grande porte do estado da Bahia. Trata-se de um estudo avaliativo, exploratório, de abordagem qualitativa acerca da RAPS do município de Feira de Santana-BA, no qual foram entrevistados 12 profissionais de saúde dos CAPS e hospital psiquiátrico. Os discursos das entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo. Os resultados mostraram que hospitais psiquiátricos possuem uma estrutura precária, defasada, onde não há investimentos por parte do estado, enquanto os CAPS foram descritos como espaços amplos, climatizados, mas no que se refere aos materiais para as oficinas, estes foram classificados como de baixa qualidade, inviabilizando a realização de algumas atividades. Em relação ao processo do cuidar na RAPS, constatou-se um paradoxo na rede, ao mesmo tempo que os serviços de comunidade urgem com novas abordagens terapêuticas ainda se mantém o foco no psiquiatra e no tratamento medicamentoso. Dentre os resultados alcançados a partir da atuação compartilhada da rede, foram elencados o retorno dos jovens aos estudos, ao mercado de trabalho, além daqueles que vendem os próprios trabalhos feitos nas oficinas. Percebeu-se que a descontinuidade dos cuidados e a não adesão ao regime terapêutico ocorrem a partir do momento em que os usuários são encaminhados para outros serviços da rede. Capacitar os profissionais com foco na importância da comunicação e do trabalho colaborativo em saúde mental é imprescindível para promover as transformações necessárias para uma atenção verdadeiramente integral e humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde Mental; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The study objective to understand how health professionals evaluate the functioning of the Psychosocial Care Network (RAPS) in a large city in the state of Bahia. This is a study with a qualitative approach to RAPS in the municipality of Feira de Santana-BA, in which 12 health professionals from the CAPS and psychiatric hospital were interviewed. The interviews' speeches were submitted to Content Analysis. The results showed that psychiatric hospitals still have a precarious, outdated structure, where there is no investment by the state, while CAPS were described as large spaces, with air-conditioned rooms, but with regard to materials, these were classified as low quality, making some activities unfeasible. Regarding the care process at RAPS, a paradox was found in the network, while community services are urgent with new therapeutic approaches, the focus on drug treatment remains. Among the results achieved from the shared performance of the network, the return of young people to studies, to the job market, in addition to those who sell their own work done in workshops, was listed. However, it was noticed that the discontinuity of care and non-adherence to the therapeutic regime occur from the moment that users are referred to other services in the network. Training professionals with a focus on the importance of communication and collaborative work in mental health is essential to promote the necessary transformations for truly comprehensive and humanized care.

KEYWORDS: Mental Health Assistance; Mental Health; Mental Health Services; Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), movimento que se iniciou a partir da década de 70, é dotada de caráter transdisciplinar, intersetorial e consiste em um processo social bastante complexo. Tida como uma das mais importantes e originais do mundo, traz na sua essência a mudança do modelo de atenção à saúde mental que prevê a criação de uma rede substitutiva e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a fim de superar a lógica das internações prolongadas e promover o respeito à cidadania da pessoa com transtorno mental (SILVA; MELO; ESPIRIDIANO, 2012; AMARANTE; NUNES, 2018).

Em 2011, surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, cujo objetivo foi criar, ampliar e articular diversos pontos de atenção à saúde 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, 2011a). Segundo Mendes (2011), a finalidade principal das Redes de Atenção à Saúde é promover a integração de ações e serviços de saúde para ofertar uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

A RAPS foi pensada para que, efetivamente, fossem alcançados os pressupostos da reforma de transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura. Nesse contexto, visa superar os estigmas em torno dos transtornos mentais, romper com o modelo biomédico, eliminando gradualmente a internação e, sobretudo, dar ênfase aos serviços fundamentados na comunidade (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008; LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Os principais atendimentos em saúde mental da RAPS são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional. Os CAPS também assumem papel estratégico na articulação da rede, tanto cumprindo suas funções na assistência e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, através da articulação com outros recursos existentes no território (BRASIL, 2014).

No entanto, a preocupação é com relação ao risco de manicomialização dos serviços extra-hospitalares, uma vez que tem sido observada uma integração multidisciplinar insuficiente, redução na oferta de atividades grupais e aumento da rotina de atendimentos de

forma agendada. Neste sentido, nota-se que esses serviços estão cada vez mais aproximando-se de ambulatórios de saúde mental, dificultando, sobretudo, a qualificação da atenção, o trabalho efetivo em rede e a reinserção social dos usuários (JAFELICE; MARCOLAN, 2018).

Considerando que os equipamentos extra-hospitalares são primordiais para o ordenamento da rede de saúde mental, estudos mostram que ainda é forte a visão hospitalocêntrica, além disso a internação e o uso de medicamentos são vistos como principais formas de tratamento (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2011; NÓBREGA et al., 2017). Segundo Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), essa concepção tem relação direta com a pouca articulação da RAPS, principalmente pela ausência ou insuficiência de alguns serviços, como CAPS III, leitos em hospitais gerais, falta de capacitação em saúde mental no âmbito da atenção primária para dar suporte à crise, fazendo com que o hospital psiquiátrico ainda seja o local de atendimento nessas situações.

Nessa perspectiva, cabe frisar que retrocessos na RAPS foram observados com a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, publicada pelo Ministério da Saúde, que integra novamente os hospitais psiquiátricos à rede (BRASIL, 2017), colocando em risco a RPB, além da possibilidade de trazer a internação de volta para o centro da saúde mental. A rigor, a reforma prevê que a RAPS, bem como os seus dispositivos substitutivos, sejam as principais formas de atenção psicossocial, para que se recorra cada vez menos aos leitos hospitalares.

Apesar dos enormes desafios no campo da saúde mental brasileiro quanto à efetivação dos novos modelos substitutivos, ao sistema de cuidado abrangente e integrado e diante da tendência crescente dos transtornos mentais comuns, é imperativo reconhecer também os avanços ocorridos a partir da reforma (PITTA, 2011; FONSECA et al., 2017). A expressiva redução de leitos é um deles: dos 80 mil, na década de 70, para 23.092 leitos SUS, em 2018. Considerando o investimento nos serviços de atenção psicossocial, em 2018, já haviam sido implantados mais de 3 mil CAPS que alcançaram uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes (AMARANTE; NUNES, 2018; CNES, 2018).

Pesquisadores italianos concordam que embora tenham ocorrido mudanças radicais em direção aos cuidados comunitários e estímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos na Reforma Psiquiátrica deste país que inspirou o Brasil, as avaliações a respeito dos resultados dessa nova forma de atenção psicossocial têm ficado para trás. Em especial, cabe destacar a importância dos estudos de abordagem qualitativa que são capazes de ir além da classificação numérica, captando a interpretação sobre a complexidade do sistema de saúde mental, bem como a própria experiência das pessoas (BARBATO et al., 2014).

Com a implantação da RAPS, evidencia-se a necessidade de mudar a lógica das ações e os modelos de gestão. É necessário maior contato entre os serviços da RAPS, seja da atenção primária, hospitalar, urgência e emergência, serviços matriciadores e CAPS, priorizando o acompanhamento contínuo e a redução do número de reinternações. Além do mais, é imprescindível uma análise aprofundada desse processo por estudos em nível local, de forma a captar suas singularidades. Nesse sentido, esta pesquisa objetiva compreender como os profissionais da saúde mental avaliam a funcionalidade da RAPS de um município de grande porte do estado da Bahia, no contexto da RPB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo, exploratório, de abordagem qualitativa da RAPS de um município de grande porte do estado da Bahia, na perspectiva dos profissionais da saúde mental. Através da abordagem qualitativa é possível compreender as percepções dos atores envolvidos nas ações e serviços de saúde, os embates na continuidade do cuidado e em qual contexto essas ações são desenvolvidas, não percebidas com profundidade nos estudos predominantemente quantitativos (MINAYO, 2005).

O referencial teórico utilizado para avaliar a funcionalidade da RAPS do município de Feira de Santana-BA foi o de Donabedian (1966) que busca contemplar três dimensões: estrutura, processo e resultado. Estas dimensões representam três tipos de informações que podem ser coletadas, a fim de fazer inferências sobre a qualidade dos cuidados ofertados por determinado programa ou rede de serviços para posteriormente subsidiar a tomada de decisão no campo da saúde.

Nesse estudo, considera-se como estrutura os recursos, sejam eles físicos, financeiros, materiais e equipamentos, aspectos organizacionais da atenção, além dos profissionais que fazem parte do serviço. Como processo, as atividades que constituem a atenção à saúde e envolve ações, práticas e interação entre os profissionais de saúde e população assistida. Já como resultados, apresentam-se as mudanças no estado de saúde da população, assim como mudanças de conduta, o conhecimento sobre a enfermidade e a satisfação do usuário com a terapêutica ofertada (DONABEDIAN, 1966; SILVA; COELHO, 2016).

O município de Feira de Santana, lócus do estudo, possui uma população de 619.609 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2020, e densidade demográfica de 416,03 habitantes/km² (IBGE, 2020). A macrorregião Centro-Leste, a maior do estado da Bahia, possui um total de 72 municípios, dos quais Feira de Santana é referência, possuindo mais de 600

estabelecimentos de saúde e 1.107 leitos SUS, conforme dados do CNES, de 2015 (BAHIA, 2016). Em relação à RAPS, Feira de Santana possui o maior número de CAPS de sua região de saúde, totalizando cinco unidades, um hospital psiquiátrico estadual, três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com oito unidades de suporte básico à vida (USB), duas unidades de suporte avançado à vida (USA) e uma motolância, uma equipe de Consultório na Rua (eCR), uma central de regulação médica das urgências, um hospital geral de gestão estadual, oito policlínicas, 84 equipes de ESF, dentre outros (CNES, 2021).

A coleta de dados foi realizada do mês de setembro a novembro de 2020. Cabe sinalizar que a pesquisa ocorreu no período da pandemia COVID-19, sendo, portanto, respeitadas as normas de segurança, com a utilização de máscara e o distanciamento social para a realização das entrevistas.

Definiram-se os sujeitos da pesquisa pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações sugestivas de contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em estudo. Os critérios de inclusão dos participantes no estudo foram trabalhadores ativos, que não estivessem de férias ou licença, com no mínimo seis meses de experiência e que atuassem em serviços de saúde mental (CAPS e Hospital Especializado Lopes Rodrigues). Trata-se de uma amostra intencional no tocante aos segmentos entrevistados e ambientes pesquisados, de modo a responder as questões da pesquisa.

Ao total foram entrevistados 12 trabalhadores. No que se refere à caracterização dos entrevistados, 10 foram mulheres e dois do sexo masculino, a faixa etária variou de 31 a 64 anos. Quanto ao município de residência, 11 dos profissionais residiam em Feira de Santana e um residia em outro município; oito dos entrevistados se autodeclararam negros e pardos, enquanto quatro brancos; o estado civil mostrou que seis eram casados, três divorciados, dois solteiros e um viúvo. Quatro profissionais não possuíam filhos e oito possuíam, destes dois possuíam apenas um filho, cinco tinham dois filhos e um, três filhos. A categoria profissional dos participantes do estudo foram: quatro enfermeiros; dois psicólogos; dois assistentes sociais; um médico; um educador físico; um técnico de enfermagem; e um pedagogo. Quanto ao nível de formação dos entrevistados, oito declararam possuir especialização, dois somente a graduação, um nível técnico e um mestrado.

Para a coleta de dados, foi utilizado um roteiro semiestruturado e as entrevistas foram realizadas após autorização dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, e posteriormente foram gravadas e transcritas, obedecendo aos preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. De modo a

facilitar a exibição dos resultados e evitar a identificação dos participantes, estes foram mencionados em códigos, “E1, E2” e assim sucessivamente, seguido pela categoria profissional abreviada “Médico – Med., Enfermeiro – Enf., Técnico de Enfermagem – TE, Assistente Social – AS, Pedagogo – Pedag.”, e o serviço de saúde mental “Hospital Psiquiátrico – HP, CAPS”, assim por diante.

O material empírico, após a leitura transversal e horizontal, foi analisado através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que compõe um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, interpretação e análise crítica do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1979). Quanto à organização da análise de conteúdo das mensagens do estudo em questão, esta se constituiu, segundo Bardin (1979), em três etapas que foram seguidas cronologicamente: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O material textual foi analisado com relação à estrutura da RAPS de Feira de Santana, os processos de cuidado aos sujeitos com transtornos mentais, a funcionalidade da RAPS (resultados) e as vivências dos trabalhadores entrevistados quanto a Reforma Psiquiátrica que é o móvel da criação da RAPS, aquilo que a origina e que objetiva mudar o modelo de cuidado em atendimento aos aspectos da integralidade, equidade e cidadania.

Este estudo faz parte do projeto de doutorado intitulado “Avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Número do Parecer: 4.011.028; CAAE: 29343020.0.0000.0053.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando que a rede faz parte de um contexto externo que envolve a reforma psiquiátrica, a política de saúde mental e a mudança do modelo de cuidado nesse campo, os resultados referentes à avaliação da RAPS foram apresentados em cinco eixos temáticos, a saber: serviços da RAPS e seus aspectos estruturais; processo do cuidar na RAPS envolvendo cuidado e tratamento: efeitos da atenção em rede na vida do usuário; avaliação da funcionalidade da RAPS; e, por último, processo da Reforma Psiquiátrica para quem vivencia, abordando avanços e desafios.

Serviços da RAPS: aspectos estruturais

No que se refere às estruturas dos serviços, há diferenças notórias entre o CAPS e o hospital. Os profissionais do CAPS salientaram a questão do aluguel de imóveis para implantação do serviço, prática comum pelas prefeituras no sentido de adaptar residências para se constituírem serviços de saúde. A avaliação do hospital especializado, por sua vez, evidenciou que se trata de uma estrutura precária, antiga, sucateada pelo Estado, que não passa por reformas, mas sim adaptações de espaços, além de possuir uma informatização deficitária.

É uma estrutura precária antiga, com uma conservação deficitária, com uma informatização incipiente quase inexistente. E que tem sido um hospital, a meu ver, tem sido ao longo dos últimos 10 anos, deixado de lado até no processo de forçar o fechamento do hospital [...]. (E3 – Med. HP)

Foram feitas adequações nos imóveis que foram locados, mas não atende às necessidades da nossa demanda. É uma demanda crescente [...]. Nós ficamos em espaços bastante desconfortáveis. A realização de nossas atividades deveria realmente contar com espaços mais amplamente adaptados. (E5 – Enf. CAPS III)

É interessante ressaltar a questão da estrutura informacional, posto que a tecnologia não deveria ser apenas para o cumprimento de atividades burocráticas, como preenchimento de dados em sistemas de informação e prescrições eletrônicas. Urge repensar sua utilização no cotidiano dos serviços de saúde como uma ferramenta para possibilitar o compartilhamento de informações com outros pontos da rede, facilitando a comunicação entre os serviços, sobretudo, o conhecimento da história pregressa do usuário.

A avaliação foi positiva no que se refere ao espaço físico do CAPS AD e CAPS i, destacando-se a existência de espaço para brinquedotecas, salas climatizadas, área externa, espaço para alimentação, várias salas amplas, permitindo, dessa forma, a realização simultânea de atividades. Nota-se ainda em algumas falas, que as mudanças na estrutura foram recentes e de iniciativa do próprio profissional junto à gestão do município.

Quando eu fiz essa proposta para a gestão municipal para transferir para aqui, então hoje nós temos um local com quantidade de salas suficientes, com quantidade de salas para oficinas terapêuticas também suficientes [...]. Hoje aqui no CAPS AD, nós temos 3 salas para oficinas terapêuticas, então pode acontecer três grupos ou três oficinas simultâneas. (E6 – Enf. CAPS AD)

Na atual conjuntura, Graças a Deus que a gente vai fazer agora 1 ano e meio que a gente está aqui nessa unidade e agora a gente tem um espaço né, realmente com salas amplas, climatizadas [...]. Aqui a gente tem salas, tem brinquedotecas que a gente organizou, tem uma área ampla aí do lado [...]. (E7 – AS CAPS i)

Corroborando com esses achados, em estudo realizado por Moreira e Bosi (2019) em três dispositivos da RAPS de Fortaleza, Ceará, os autores verificaram que a estrutura física do CAPS foi descrita pelos usuários como um ambiente que gera bem-estar e humanização, enquanto em relação aos hospitais foram observadas a carência de profissionais, de ambulâncias e instalações físicas precárias, representando um entrave no acesso aos serviços de saúde.

A ambiência, conforme Kantorski (2011), diz respeito à assistência produzida em espaço físico composto por um espaço social e de relações interpessoais capazes de permitir a realização de um cuidado acolhedor, humanizado e confortável para os atores sociais envolvidos no processo de trabalho. Dessa forma, os serviços de atenção psicossocial, assim como os demais serviços de saúde, devem constituir um ambiente terapêutico e que as instalações físicas não sejam um empecilho para a realização do cuidado, mas sim um aliado no tratamento dos usuários (FERREIRA, 2017).

Em relação aos materiais, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), incluindo máscaras cirúrgicas, aventais e luvas, não costumam faltar nas unidades. Entretanto, quando se trata de materiais para a realização de ações específicas do serviço, para as oficinas, trabalhos artísticos, os profissionais enfatizaram a baixa qualidade dos artigos disponibilizados, sendo necessário, em alguns casos, trazer materiais de casa.

A gente precisa de materiais sim, quando vem é muito precário, por exemplo, um lápis de cor que você risca, eu falo isso porque eu uso para pintar alguma coisa e você, eu estou sendo bem sincera, e você risca e a cor não sai, a gente trás material de casa, né? Por causa disso. (E9 – Psi. CAPS i)

Segundo Nóbrega et al. (2017) no cotidiano dos serviços da RAPS os profissionais enfrentam diversas situações que acabam prejudicando o andamento de ações, sentindo-se, muitas vezes, de mãos atadas quando precisam de determinados recursos materiais para dar seguimento ao projeto terapêutico dos usuários, resultando na limitação das atividades a serem executadas.

Os entrevistados também destacaram o déficit de profissionais de saúde vivenciado nas unidades em detrimento de uma demanda crescente. Por haver poucos trabalhadores de determinadas especialidades, como é o caso do médico psiquiatra e do psicólogo, o retorno do usuário acaba sendo muito lento e muitos sujeitos da pesquisa alegaram estar com a agenda de atividades do ano seguinte já preenchida. Além do mais, a falta de profissionais capacitados e atualizados foi citada como um problema para o bom funcionamento dos serviços, já que têm trabalhadores que estão perto de se aposentar e, por isso, não buscam mais qualificação.

[...] São muitos profissionais que não querem se requalificar, se capacitar aí dizem: “Eu já estou saindo” [...]. (E3 – Med. HP)

[...] Por exemplo, minha agenda está aberta até 15 de janeiro e eu já vou precisar abrir fevereiro, março, só que eu, no meu caso em particular, por minha conta, eu faço muito encaixe porque se chegar uma adolescente hoje com ideação suicida eu não vou deixá-lo retornar pra mim só em janeiro, aí eu faço encaixe. (E9 – Psi. CAPS i)

Em consonância com esses resultados, Leite, Rocha e Santos (2018) e Nóbrega et al. (2017) encontraram que o déficit de trabalhadores de saúde, aliado à alta demanda de usuários, são fatores que dificultam a frequência de consultas, resultando em maiores espaçamentos entre os atendimentos. Apontam ainda que, na área de saúde mental, a tecnologia do cuidado requer o envolvimento diferenciado por parte dos trabalhadores, não somente para a oferta de medicamentos e internação, o que implica a necessidade de qualificação continuada.

Cuidado e tratamento: o processo do cuidar na RAPS

O cuidado em saúde mental é entendido pelos trabalhadores como uma ação que deve ser multi e interdisciplinar, visto que um único profissional não dará conta das necessidades apresentadas pelo usuário dos serviços de atenção psicossocial. O cuidado tem sido prestado, conforme as falas dos participantes, por demanda espontânea no CAPS AD e CAPS i, a fim de diminuir as limitações de atendimento, além do mais, muitos trabalhadores relataram a formação de vínculo com os usuários, o papel esclarecedor sobre os seus direitos e a preocupação em ligar para os familiares para dar orientações.

A gente observa que por ser um serviço público, a gente às vezes delimita esse número de atendimentos. Eu deixei muito bem claro, eu vou fazer 2 anos aqui, que hoje no CAPS, ou onde eu trabalho, não existe delimitação de quantidade de atendimento, se o paciente chegar agora, ele vai ser atendido [...]. (E6 – Enf. CAPS AD)

Então, esses são os nossos cuidados oferecidos, então, todo o acolhimento que a gente pode dar em termos de familiar ligar orientar que a família tem que estar presente, visitar, tem que telefonar sobre os direitos que eles têm, né? [...] Muitas vezes, eles têm direito a Benefício de Prestação Continuada (BPC) e não sabem, tem direito a passe livre e não sabem [...]. (E1 – AS HP)

A questão do acolhimento e do vínculo com os usuários foram enfatizados pelos profissionais não só como ferramentas de cuidado, mas também como recurso terapêutico. Observou-se nos discursos que o significado atribuído ao acolhimento não se restringiu aos cuidados específicos da área de formação, ou seja, foi possível identificar algumas correlações,

como dar atenção, criar laços, dar ouvidos, auxiliar na alimentação e na higienização, no intuito de impulsionar um cuidado mais humanizado.

Então, os laços formados vão para além dos cuidados exclusivos da enfermagem. Aqui é uma mistura de cuidado de trabalho de cuidador, com trabalho de enfermagem, preocupação como se fosse da família [...], a gente tem cuidado de enfermagem, de alimentação, de higiene. (E2 – TE HP)

Mesmo sendo uma unidade de internação, onde comumente predominam a clínica tradicional e a ênfase no modelo biomédico, nota-se nas falas que já é possível identificar elementos do modelo psicossocial nos hospitais.

Tal como constatado em outros estudos, o cuidado prestado aos usuários indica que vem ocorrendo a transformação das práticas na saúde mental, especialmente no que se refere à fragmentação da assistência, onde um único profissional se responsabiliza por uma parte do sofrimento do sujeito. Os técnicos e as equipes de referência em conjunto com os usuários destacam-se na sua potência em fazer uso das tecnologias leves (tecnologias relacionais) como forma de acolher os sofrimentos, estabelecer diálogos, criar vínculo e estimular a autonomia dos usuários (SURJUS; CAMPOS, 2011; MOREIRA; BOSI, 2019).

Entretanto, a potência só vira poder ao se transformar em ato. No que diz respeito ao tratamento, encontrou-se que ainda existe um foco no tratamento farmacológico, embora os profissionais reconheçam a necessidade de utilização de novas abordagens terapêuticas. Muitas vezes, os próprios usuários chegam ao serviço em busca de tratamento medicamentoso e de apoio psicológico, por não conhecerem outras estratégias utilizadas pelos CAPS. Além do mais, conforme as falas, ocorrem oficinas de artesanato, música, psicoterapia de grupo, dentre outras.

[...] Quando usuários chegam em nosso setor, ao nosso serviço, o profissional de acolhimento a nível superior ele já esclarece, já desmistifica aquela questão psiquiátrica, medicamento e acompanhamento psicológico. Muita gente que chega aqui fala que quer acompanhamento psicológico “Ah eu vim aqui para consulta com psiquiatra” [...]. (E11 – Enf. CAPS II)

Nós temos uma oficina aqui da psicóloga, que é uma oficina assim fantástica, que ela trabalha acho que é “Recomeçar”, com trabalhos de arte, com trabalhos manuais [...]. (E12 – Pedag. CAPS II)

Observou-se, portanto, uma contradição nas abordagens. O acolhimento trabalha a concepção do usuário sobre o novo modelo de cuidado, mas não tem os serviços que este novo cuidado exige. Não tem psicólogo e sim medicamento.

Leite, Rocha e Santos (2018) alertam para a dificuldade em fugir da lógica instituída nos cotidianos de trabalho nos serviços da RAPS. Em muitos casos, os usuários depositam nos

medicamentos total confiança como a solução dos seus problemas de saúde, como se o medicamento fosse o único responsável pelo tratamento, quando na verdade é um recurso limitado que sozinho não consegue suprir as necessidades da complexa teia dos transtornos mentais (MOREIRA; BOSI, 2019).

Seguindo essa concepção, os profissionais acabam imersos e capitaneados por essa lógica onde a crítica perde espaço, dando lugar, muitas vezes, à inércia e ao comodismo. Portanto, o desafio que se coloca é construir processos de produção da saúde mental a partir de novas referências para os usuários, ampliando as possibilidades de poder habitar dentro do CAPS, como o que cozinha bem, o conselheiro, o colaborador, o que melhorou, o que se casou, o que abriu seu próprio comércio, garantindo a autonomia necessária que transcende o serviço e proporciona uma existência mais ampla fora dele (SURJUS; CAMPOS, 2011; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Resultados: efeitos da atuação em rede na vida do usuário

Em relação aos resultados obtidos pelos serviços da rede, destaca-se nas falas que quando ocorre a aderência ao tratamento e o apoio da família, são alcançadas à melhora do quadro psíquico e à reinserção social dos usuários. Como exemplo, encontrou-se o retorno dos jovens aos estudos, ao mercado de trabalho, parcerias com empresas para empregar pessoas com estado leve de transtorno mental, além daqueles que passaram a vender os próprios trabalhos feitos nas oficinas. A referência à preparação ou mesmo à reincursão propriamente dita dos usuários ao mercado de trabalho confirmam que é vislumbrada como uma grande conquista para esses usuários e toda a equipe.

Eles conseguem fazer atividades, inclusive coisas que eles vendem, artesanato, miçangas, chaveiros, panos de pratos decorados, fazem várias coisas e essas coisas eles conseguem vender, então não deixa de ser uma reinserção. (E10 – Psi. CAPS III)

Fatores como o abandono do tratamento, o estigma presente ainda em grande parte da sociedade, afastamento dos familiares e as vulnerabilidades sociais que estão expostos os usuários com transtornos mentais dificultam o alcance de resultados positivos no cuidado em saúde mental.

[...] Dentro da própria clínica da psiquiatria, a gente tem o tripé usuário, família e serviço e às vezes isso fica um pouco capenga, porque a gente tem o CAPS, mas o usuário não tem família, esse usuário tem as suas vulnerabilidades, as suas debilidades [...]. (E6 – Enf. CAPS ad)

Pesquisa envolvendo enfermeiros de um serviço de psiquiatria de um hospital e centros de saúde encontrou que, para garantir a continuidade de cuidados e alcançar os resultados positivos na área de saúde mental é necessária não somente a disponibilidade de recursos humanos e físicos, mas também é essencial apoio das redes de suporte comunitárias e familiar. Por outro lado, situações as quais as dinâmicas familiares são conflituosas, bem como fraca rede de suporte social, podem inviabilizar o sucesso da terapêutica implementada (PANIAGUA et al., 2018).

A família também precisa ser inserida no cuidado, conforme evidenciado nas falas dos participantes do estudo e é de suma importância estabelecer essa parceria. Em um dos CAPS estudados, por exemplo, enquanto a criança ou adolescente está em atendimento, é feito um trabalho paralelo com os pais através de oficina de culinária. Experiências como essa demonstram a necessidade de desenvolver nos serviços formas de organização e funcionamento que, de fato, privilegiem essa inserção dos familiares.

A gente faz um trabalho paralelo com os pais, por exemplo, quando eu estou com uma colega no grupo terapêutico ou criança ou com adolescente, a gente tem uma outra colega que tá na cozinha fazendo oficina de culinária e assim [...], então dá tipo assim uma luz pra aquela mãe também que vive o adoecimento daquele filho [...]. (E9 – Psi. CAPS i)

Essa questão que aparece como resultado insuficiente remete, em verdade aos aspectos estruturados e processuais do cuidado, tanto aqueles que são desenvolvidos – a oficina de culinária – como outros que seriam necessários, como a própria estruturação da rede de apoio como uma rede e não como ações pontuais.

A literatura evidencia que quando há participação da família no tratamento, os resultados no tocante à adesão e à redução de problemas e dificuldades entre os membros, podem ser melhores (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2017; CARVALHO; SANTANA, 2018; MOREIRA; BOSI, 2019). Outrossim, cuidar das relações entre os membros da família e ofertar atenção especial a elas é imprescindível, uma vez que os familiares sofrem com o adoecimento mental do usuário, sendo importante prevenir repercussões negativas na vida desses sujeitos (BUSTAMANTE et al., 2020).

Não raro, ocorre a procura pelo serviço de atenção psicossocial de famílias alegando que o usuário não tem condições de participar de forma plena e efetiva da sociedade, com o intuito de adquirir benefícios sociais, aposentadoria por invalidez ou requerer afastamento do trabalho, sem, realmente, se importar com o tratamento psíquico do familiar.

Mas, já existem outros casos que a família e o usuário vêm com aquela ideia fixa de que ele sendo acompanhado aqui ele vai conseguir aposentadoria, vai em busca apenas do benefício. Usuários que buscam acompanhamento com objetivo, por exemplo, de requerer um afastamento do trabalho. (E11 – Enf. CAPS II)

A questão do benefício tende a ser vista de forma negativa pela equipe de saúde mental, pois exige um esforço adicional para lidar com o paradoxo que o auxílio governamental traz. Por outro lado, o interesse financeiro do familiar também pode ser considerado um aliado na responsabilização da família e na valorização social do sujeito com transtorno mental.

Em especial, nesse aspecto do apoio familiar, ambos os serviços – CAPS e Hospital Psiquiátrico – enfrentam dificuldades similares. Seria de se esperar que fosse uma questão mais forte no hospital, para onde são encaminhados os casos mais graves. No entanto, também nos CAPS, a questão da adesão e do suporte social permanece como entrave para o alcance dos resultados propostos pela Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, atingir resultados positivos nesse campo depende, sem dúvida, de uma ação compartilhada entre serviços, familiares e usuários. É importante reconhecer que as transformações no modelo de atenção à saúde mental nos serviços especializados contribuíram significativamente para a humanização do cuidado, mas, de forma isolada, esses serviços podem não dar conta de permitir e aprofundar mudanças mais radicais na vida do usuário em sofrimento mental.

Avaliação da funcionalidade da Rede de Atenção Psicossocial

No que diz respeito a outros serviços da RAPS acessados pelo usuário de atenção psicossocial, constatou-se que o hospital psiquiátrico faz o encaminhamento através do sistema de referência e contrarreferência, na grande maioria dos casos, para CAPS e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) para que esse usuário tenha acesso a outras formas de tratamentos, além do medicamentoso. Os CAPS, por sua vez, contam com a parceria do hospital especializado em situações de crise, também com as Unidades de Saúde da Família (USF) e equipes do NASF. Outros pontos de atenção na rede referenciados pelos serviços são a policlínica, o Hospital Estadual da Criança, as clínicas-escola das faculdades do município, dentre outros.

[...] a gente faz uma referência buscando com que o CAPS, o CRAS, faça né com que esse indivíduo participe de oficinas dentro do município que ele reside que não pare o tratamento, que busque o tratamento não só medicamentoso, mas também com terapias, oficinas [...]. (E1 – AS HP)

A gente aqui tem assim que a gente vê que tá com obesidade a gente faz parceria [...] a gente tem o paciente que precisa com urgência até fazer uma bariátrica [...] a gente já levou ele ao nutricionista, porque lá no NASF tem educador físico, a gente já tentou fazer uma parceria que vá lá fazer alguma atividade, fazer alguma coisa [...]. (E7 – AS CAPS i)

Camatta et al. (2020) ressaltam a importância de estabelecer parcerias de cuidado entre os CAPS e os outros dispositivos não somente do setor saúde, como as escolas, o CRAS, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), as secretarias de educação e cultura e outros setores da sociedade civil.

A despeito do sistema de referência e contrarreferência, segundo Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018), pode criar uma assistência repartida, onde não se cria vínculo entre usuários e profissionais, estimulando a prática do encaminhamento. A atuação em rede, por sua vez, requer um cuidado colaborativo, por meio da transformação da lógica tradicional dos sistemas de saúde em ações horizontalizadas. Daí a importância do apoio matricial no sentido de potencializar o sistema de referência, estimulando e facilitando o contato entre as equipes de CAPS e os demais serviços de saúde.

Como exemplificado nos discursos dos participantes, muitas vezes os outros serviços desconhecem o campo de atuação do CAPS e acabam encaminhando usuários que não apresentam transtornos mentais, mas sim dificuldades de aprendizado ou transtornos leves que poderiam ser acompanhados no âmbito da atenção primária, onde, infelizmente, ações de cuidado de saúde mental são praticamente inexistentes (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Não obstante, as maiores dificuldades dos usuários são acessar serviços que não são de saúde mental. Segundo os profissionais da pesquisa, o fato é que, muitas vezes, os usuários têm dificuldades de buscar outras unidades de saúde e acabam vinculados somente ao CAPS por toda a vida, seja pela demora para conseguir realizar consultas/exames, em decorrência da violência institucional, da falta de acolhimento ou pelo preconceito e insegurança dos profissionais de outros serviços com indivíduos que possuem transtornos mentais.

Por exemplo, as mulheres que têm transtorno mental [...] elas vão para consulta ginecológica e lá o ginecologista diz que não atende ela porque ela tem transtorno mental. [...] É como eu falo, nosso suporte aqui é bengala, deve ser temporário, mas infelizmente o vínculo, o local que se sentem acolhidos e gostam de estar é aqui, as vezes acaba que esse desmame que deveria ocorrer [...] acaba por muito tempo ou quem sabe por todo o tempo na vida do usuário. (E11 – Enf. CAPS II)

Foram identificadas também dificuldades relacionadas à grande demanda aliada à precariedade dos serviços de saúde, especialmente pelo jogo de “empurra-empurra” na rede de

atenção à saúde, na maioria das vezes através de encaminhamentos não qualificados, fazendo com que o usuário fique peregrinando na rede sem solucionar as suas necessidades. Outra barreira observada nas falas dos profissionais foi a questão financeira dos usuários para buscarem as unidades em que são encaminhados.

[...] Isso me deixa bastante decepcionada com os profissionais, porque não há necessidade de você colocar um menor, um idoso para ir para hospital psiquiátrico porque ele tá com crise de ansiedade sendo que o CAPS pode dar esse suporte. (E1 – AS HP)

A principal dificuldade que eles falam é a questão financeira e a clínica de álcool e droga a gente tem o viés muito relacionado com a alimentação. Então, como nós disponibilizamos [...] o almoço e o lanche esse vínculo até acaba sendo melhor, não era pra ser por causa da comida [...]. (E6 – Enf. CAPS AD)

Achados semelhantes foram encontrados nos estudos de Nóbrega et al. (2017), Paniagua et al. (2018) e Moreira e Bosi (2019) que evidenciaram a descontinuidade dos cuidados e a não adesão ao regime terapêutico a partir do momento em que os usuários peregrinaram de um serviço a outro na rede até serem atendidos. Dificuldade para lidar com os transtornos mentais, especialmente na ESF, e a inexperiência na área são fatores que levam à interrupção do cuidado e reforçam a ênfase nas especialidades.

Na lógica do trabalho na RAPS o compromisso principal é sustentar o usuário em qualquer ponto da rede, a fim de garantir a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, contribuir para a diminuição dos custos, sobretudo, apresentar-se como uma estratégia adequada e uma política a seguir pelos serviços de saúde (NÓBREGA et al., 2017).

Os pontos fortes para integrar os dispositivos da RAPS destacados pelos profissionais foram o encaminhamento feito com relatório médico, assim como a preocupação por parte da equipe em ligar para o outro serviço, para checar se o usuário conseguiu acessar, realizou os exames e as consultas ou recebeu os medicamentos, ou seja, quando ocorre essa comunicação entre os pontos de atenção na rede, o usuário não encontra dificuldades para resolver as demandas de saúde.

Mas, a gente sempre empodera, a gente sempre encaminha, eu peço sempre a minha equipe o cuidado de ligar para essa unidade, de fazer essa ponte, então, por exemplo, nós temos mais pacientes que são dos distritos e eles fazem uso do haldol decanoato [...] e aí a gente tem uma parceria bem legal com a atenção básica [...] dele ter essa continuidade do tratamento lá. (E6 – Enf. CAPS AD)

O processo de trabalho em saúde mental opera em rede, pois parte da concepção de uma relação horizontal entre os serviços e os trabalhadores entre si para a produção do cuidado (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). No que se refere à funcionalidade da RAPS, os

entrevistados avaliaram como burocrática em diversos pontos, que não dá suporte ao usuário, impedindo, dessa forma, a adesão ao tratamento, corroborando com Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018). Falta ainda humanização, os usuários em crise encontram barreiras de acesso nos hospitais gerais e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e, na realidade, a RAPS acaba se resumindo a dois dispositivos: o CAPS e o hospital psiquiátrico.

Hoje eu atendi uma usuária [...] e porque a médica dela carimbou em cima do carimbo do médico, a DIRES não forneceu a medicação para ela e ela tá sem medicação, há três meses tomando remédios caseiros. Então, isso me deixa extremamente triste [...] a rede não dá o suporte devido, a rede não tem dignidade com o usuário, não trabalha com humanização. (E1 – AS HP)

Então, não são assistidos em hospitais Gerais, a gente encontra muita dificuldade de um hospital geral, de uma UPA recepcionar esse paciente. [...] Então, infelizmente, é como se só existisse dois equipamentos: o hospital psiquiátrico e o CAPS. (E2 – TE HP)

Observou-se em diversos depoimentos que existe uma confusão entre RAPS e o próprio sistema de saúde, o SUS. Consoante Moreira e Bosi (2019), a proposta de funcionamento em rede tem o objetivo de melhorar a articulação entre os serviços para responder de forma mais rápida e eficiente as demandas dos usuários. Inserida nessa lógica, a saúde mental trata-se de uma rede temática que, assim como outras RAS, inclui atenção primária, secundária e terciária. Como os serviços da RAPS compõem o SUS de uma forma geral, muitos problemas do sistema acabam, conseqüentemente, incorporados à rede temática de saúde mental.

A cultura enraizada na sociedade de que o louco deve ser isolado prejudica o funcionamento da rede. Conforme os discursos dos participantes ainda falta capacitação e matriciamento de saúde mental na ESF, uma vez que, nem os casos leves, que via de regra não deveriam ser acompanhados nos CAPS, estão sobrecarregando esses serviços. Como evidenciado em algumas falas, até mesmo entre os próprios CAPS existentes no município a comunicação é falha.

Mas é uma resistência familiar muito grande porque a gente é acostumado desde sempre de excluir o louco, a figura do louco que desde criança a gente é ensinada a entender, a gente tem toda essa construção [...]. (E3 – Med. HP)

Na verdade, eu sinto falta disso até mesmo dentro da rede CAPS. Por exemplo, essa interação existe, essa comunicação entre os CAPS existe, mas é como se cada um fosse uma ilha. (E5 – Enf. CAPS III)

Do mesmo modo, estudo realizado por Teixeira, Couto e Delgado (2017) na ESF e CAPSi do Rio de Janeiro, a experiência do trabalho colaborativo ainda é incipiente, sendo o apoio matricial, na maioria das vezes, confundido como triagem em serviços especializados. O

matriciamento é uma estratégia que tem como base o trabalho conjunto entre os profissionais e os serviços de diferentes níveis de complexidade, propiciando a construção de um projeto terapêutico que não se limita às fronteiras de um dado serviço, mas é diluído em variadas instâncias, articulado por uma equipe de referência.

No âmbito da atenção psicossocial, o apoio matricial pode enriquecer e ampliar as estratégias de tratamento a partir da articulação entre os serviços da RAPS e de outras redes, sendo o CAPS o principal dispositivo de conexão (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014). O NASF-AB, que conta com profissionais de diferentes áreas de conhecimento também faz parte do desenvolvimento do apoio matricial às ESF, porém neste estudo percebeu-se que é quase ausente sua atuação no que se refere à saúde mental.

Dentre os profissionais que avaliaram a funcionalidade da RAPS de forma positiva, destacaram-se os discursos relacionados à resolutividade da rede no que tange à abordagem de crianças e adolescentes que sofreram violência, onde de fato existe essa articulação entre as instituições, no sentido de proteger os direitos desses usuários, seja pela gravidade da situação, seja pela exigência das próprias legislações de proteção à infância. Os profissionais enfatizaram também a boa comunicação entre os CAPS e as residências terapêuticas, posto que esses trabalhadores dão o suporte necessário à continuidade do cuidado fora dos muros dos serviços especializados.

A gente tem boa parceria aqui com a promotoria, com a vara da infância, com o conselho tutelar, a gente tá sempre indo na delegacia do menor, a gente aqui vê muito caso de estupro, de ter que fazer denúncia, de ter que ir ao CREAS, então a gente tá sempre junto nessa parceria, dando esse suporte também. (E7 – AS CAPS i)

Os profissionais relataram que os serviços quando atuam de forma articulada e integral resultam em diversos benefícios tanto para os usuários, quanto para os próprios trabalhadores. É gratificante para eles quando conseguem ajudar o usuário a usufruir dos seus direitos, como benefícios financeiros, acesso à medicamentos, oficinas terapêuticas, dentre outros, e para o usuário, o fato de ser acolhido e ouvido em situação de crise gera sentimentos de satisfação com o serviço, além de se sentirem efetivamente cidadãos.

Quando a gente vem aqui no CAPS, que a gente detecta que aquela criança que tá ali em surto, em crise, muitas vezes aquela crise [...] é porque ela viveu ou sofreu uma violência sexual e aquilo ali ela desabafa pra gente e a gente encaminha ela ao lugar certo, então ela se sente acolhida, ela sente que alguém olhou pra ela, que alguém cuidou dela, então a gente vê a satisfação [...]. (E7 – AS CAPS i)

Nesse contexto, à medida que as práticas de saúde mental vão sendo repensadas no cotidiano desses trabalhadores, novas experiências coletivas e viabilização de espaços dialógicos com os atores envolvidos também são produzidos, possibilitando reinventar os modos de produzir saúde na RAPS (LEITE; ROCHA; SANTOS, 2018). Através do compartilhar, problematizar, solucionar conflitos, inovar, desconstituir a norma, que emergem nas equipes uma tarefa desafiadora: a construção de uma rede compartilhada de saúde mental.

O processo da reforma psiquiátrica para quem vivencia: avanços e desafios

Os profissionais referiram como de significativa importância o processo de reforma psiquiátrica para a mudança do modelo de atenção à saúde mental, bem como das formas de tratamento para as pessoas com transtornos mentais. Foi apontado que a RPB trouxe diversos avanços para a saúde mental, como diminuição do preconceito, acompanhamento na própria comunidade, maior reinserção social e mais autonomia para os usuários, que antes da reforma eram submetidos a tratamentos degradantes, maus tratos, violência, além de possuir seus direitos violados.

Quando eu fui essa semana, uma pessoa não tem o braço, eu achei que era por ser diabética, mas não era, foram os maus tratos de uma contenção mecânica que levou a perda desse braço [...]. Então, horrível, abusador, violador de tudo que a gente pode pensar de direito desse usuário, quando a gente vai para o modelo substitutivo, para o modelo que traz esse usuário para o território essa inserção que ele sim deve estar dentro desse território, deambulando e usando, indo e vindo, maravilhoso [...]. (E6 – Enf. CAPS AD)

Verificou-se, além disso, uma grande preocupação desses profissionais com o processo de fechamento abrupto dos hospitais psiquiátricos, visto que, concomitantemente, não ocorre a preparação dos hospitais gerais para atender esses usuários em crise, tampouco das equipes de atenção primária. Os entrevistados argumentaram ser imprescindível que esse processo ocorra de forma cautelosa, selecionando com rigor as pessoas que podem ir para uma residência terapêutica de acordo com a gravidade do transtorno mental.

[...] Mas, é necessário também que isso seja feito de forma assistida que de fato não negligencie o sujeito que o transtorno é tão severo que não tem condição de fazer essa reinserção, por exemplo, [...] é complicado, a vigilância deve ser muito atenta porque já aconteceu, a gente não sabe ao certo, [...] mas o paciente agrediu um paciente dentro da residência e o paciente foi a óbito. (E2 – TE HP)

Segundo Paniagua et al. (2018), o envio de relatório de alta hospitalar não garante a continuidade de cuidados. Esses investigadores observaram que muitos usuários, após a alta,

não eram acompanhados por falta de referenciação ao profissional de saúde da família e por dificuldade de comunicação entre os serviços para a continuidade de cuidados entre hospital e comunidade, resultando em impactos negativos no curso do transtorno, como internações de repetição, aumento do tempo para a remissão dos sintomas, com surtos psicóticos e tentativas de suicídio.

A gestão do cuidado em saúde envolve seis dimensões, segundo Cecílio (2011): individual (cuidar de si), familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Para este autor, a avaliação da gestão do cuidado tende a ignorar, devido a seu viés funcionalista, a internalidade de cada dimensão/nível em sua relação com a externalidade, pois deve fazer sentido para quem cuida e é cuidado, o que exige abertura e descentramento em termos avaliativos. Nesse aspecto, esse estudo, sem perder de vista a utilidade do referencial funcionalista, procura romper, a partir de dentro, parte dessa limitação, dar voz avaliativa àquele que cuida. Esta perspectiva interna ressalta os aspectos frouxos que abrangem os níveis mais amplos que resultam em desamparo e ausência.

Vale ressaltar também, segundo os entrevistados, que o sistema de saúde não pode negligenciar o sujeito que recebe alta hospitalar depois de vários anos morando na instituição e que não tem como voltar ao seio familiar, pois muitos destes acabam passando a viver nas ruas (E3 – Med. HP), formando, desse modo, as chamadas “cracolândias”.

Emerge nos discursos a necessidade de aumentar a capacidade instalada dos municípios, preenchendo os “vazios assistenciais” do sistema, haja vista que a realização de consulta com psiquiatra com um longo intervalo de tempo de uma para outra, certamente não darão conta das necessidades de saúde mental dessa demanda tão crescente.

Poder-se-ia argumentar que a reforma não trouxe o problema, mas evidenciou aquilo que o asilo tinha como função ocultar. Mas, a questão é que a garantia de uma transição segura hospital-comunidade com adesão ao regime terapêutico requer o planejamento para a alta, com a participação da família, a determinação do risco de não adesão e o grau de severidade do transtorno mental. É imperioso que a comunicação entre os serviços da RAPS seja simples, objetiva, contínua, com *feedback* na elaboração do projeto terapêutico, que as vozes dos usuários sejam ouvidas (GASK; COVENTRY, 2012).

Outra preocupação dos profissionais entrevistados era com a pandemia COVID-19 e suas consequências para a saúde mental, uma vez que não estavam acontecendo as oficinas terapêuticas, nem as atividades em grupo nos CAPS, por conta das restrições de aglomeração, fazendo com que o tratamento se restringisse à consulta e à entrega de medicação. Sem contar no aumento dos sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, segundo o Ministério da

Saúde (BRASIL, 2020), em decorrência das medidas protetivas de isolamento social e do medo excessivo comum em situações de desastres, dados corroborados, inclusive, pelo presente estudo.

Quer dizer, só vem aqui pra gente pegar medicação, quando tem oficina participa, quando não tem, e agora com a pandemia, quase um ano já que estamos vivendo essa pandemia, então tornou-se mais difícil ainda pra eles. Tá tendo mais crise, pessoas matriculadas, porque a pandemia levou à depressão, o medo, eu percebo que aumentou muito [...]. (E12 – Pedag. CAPS II)

Os profissionais relataram também como foi atuar na psiquiatria, confessando que não foi uma escolha pessoal trabalhar nessa área. Na maioria das vezes, foram colocados para trabalhar em uma área pouco explorada nos cursos de graduação, cercada de estigmas e que também não lhe é dada a relevância necessária pelos órgãos públicos. Durante a realização da pesquisa, os trabalhadores ressaltaram que são poucos os estudos realizados na saúde mental do município, em específico nos CAPS e hospital psiquiátrico. Como exemplo, um dos profissionais (E11 – Enf. CAPS II) relatou que, em 16 anos, essa foi a única pesquisa a nível de pós-graduação que ele participou.

Embora não seja dada a devida valorização pelo campo da pesquisa, conforme evidenciado em algumas falas, na área de saúde mental é crucial obter rotineiramente medidas de resultados de avaliação da qualidade e da eficácia dos serviços (BARBALAT; BERGH; KOSSAKOWSKI, 2019). A partir dos registros de informações que ocorrem rotineiramente nos serviços de saúde, é possível ir além do ato burocrático, posto que vários parâmetros podem ser monitorados e avaliados, proporcionando a definição de prioridades, de estratégias, sobretudo, a reorientação das práticas (SILVA; FORMIGLI, 1994).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu conhecer como trabalhadores de saúde mental avaliavam a RAPS do seu município, tendo como referencial a perspectiva funcionalista de Donabedian da estrutura, processo e resultado tensionada por um posicionamento analítico-crítico. Observou-se que a rede se tece no caminhar do usuário e no acionamento de vários dispositivos para atender suas necessidades de saúde. Apesar das dificuldades e fragilidades, os profissionais entrevistados se empenham para garantir uma atenção de forma articulada, bem como superar os desafios e os “nós” dessa rede.

O processo de Reforma Psiquiátrica impulsionado pelo fechamento de hospitais especializados tem levado à defasagem desses espaços. Além do mais, o déficit de profissionais, a falta de capacitação e atualização foram relatados como fatores que interferem no pleno funcionamento dos serviços de saúde mental. Conforme o estudo, a demanda de saúde mental tem sido crescente. Dessa forma, é necessário que os esforços para a ampliação e a melhoria dos serviços, tornando-os mais acolhedor, humanizado e que permita a realização do cuidado, caminhem na mesma proporção.

Embora a RAPS disponha de uma série de ferramentas de cuidado, constatou-se um paradoxo na rede, pois ao mesmo tempo que os serviços de comunidade urgem com novas abordagens, a saber, as oficinas terapêuticas de artesanato, culinária, música, psicoterapia de grupo, dentre outras, ainda se mantém o foco no tratamento medicamentoso. Assim, faz-se imprescindível que os profissionais de saúde atuem no sentido de desmitificar essas concepções a partir da escuta do usuário, da parceria com a atenção primária, criando outras possibilidades de cuidado e renegociando seus projetos terapêuticos.

A articulação entre os diversos pontos da RAPS, não apenas os serviços de saúde, mas também da educação, assistência social, da cultura e outros de setores da sociedade civil, além de ampliar a reinserção social dos usuários, permitem atender a diversidade de problemas que envolvem esses sujeitos. Não obstante, a integração e o apoio matricial são fundamentais para explorar recursos comunitários estabelecendo uma integração com as outras equipes de saúde, a fim de capacitá-las para o atendimento das demandas de saúde mental, assim como para a criação de fluxos de cuidado para o usuário.

Os depoimentos revelaram que a descontinuidade dos cuidados ocorre a partir do momento em que os usuários são encaminhados para outros serviços da rede. A burocratização na funcionalidade da RAPS dificulta o acesso dos usuários com transtornos mentais às demais estratégias terapêuticas, reforçando a ênfase no especialista. O compromisso principal da RAPS é, então, sustentar o usuário em qualquer ponto da rede, posto que encaminhamentos não qualificados podem resultar em desresponsabilização sobre o usuário e na fragmentação do cuidado. Nesse contexto, garantir e proteger os direitos do usuário superando as adversidades dos serviços e enfatizando as suas potencialidades, são de extrema importância para concretizar as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Considera-se que estudos dessa natureza, apesar de trazer resultados de uma realidade local, são instrumentos capazes de contribuir para reorientar as práticas e os saberes no campo da saúde mental. O movimento em curso pela RPB tem avançado na luta pela dignidade da pessoa com transtorno mental, mas possui ainda muitos desafios para a construção de uma

sociedade mais inclusiva, justa e igualitária. Ademais, estabelecer novas conexões e fluxos entre equipes de saúde, valorizando os protagonistas no processo, quais sejam os usuários, os familiares e os profissionais, é essencial para melhorar a funcionalidade da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-1074, 2018.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.
- BARBATO, A. Involvement of Users and Relatives in Mental Health Service Evaluation. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 202, n. 6, 2014.
- BARBALAT, G.; BERGH, D. van den; KOSSAKOWSKI, J. J. Outcome measurement in mental health services: insights from symptom networks. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 202, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. **Mental**, v. 9, n. 16, p. 303-326, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 dez. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.
- BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jan. 2018, Seção 1, Pág. 46.
- BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**. Brasília: Fiocruz, 2020.
- BUSTAMANTE, V. Indicadores para avaliação de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): resultados de uma pesquisa-intervenção. **Interface** (Botucatu), v. 24, p. 1-16, 2020.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Leitos**. 2018. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00>. Acesso em: 11 jun. 2019.

- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Tipos de Estabelecimentos**. 2021. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29&VMun=291080&VComp=202101&VUni=>>. Acesso em 10 mar. 2021.
- CAMATTA, M. W. et al. Concepções de gestores de serviços de saúde sobre a rede de atenção psicossocial a usuários de crack. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, e-1293, p. 1-6, 2020.
- CARVALHO, M. M. C.; SANTANA, S. M. Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, 2018.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Tipos de estabelecimentos**. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691–729, 1966.
- FONSECA, D. L. et al. Validação transcultural da Escala CONNECT – Uma medida de continuidade do cuidado em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 9-18, 2017.
- GASK, L.; COVENTRY, P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 21, p. 139–144, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 20 out. 2020.
- JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2259-66, 2018.
- KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. 969 p.
- LEITE, L. S.; ROCHA, K. B.; SANTOS, L. M. A tessitura dos encontros da Rede de Atenção Psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 183-200, jan./abr. 2018.
- MARTINS, P. P. S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, p. 1-9.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 p.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

PANIAGUA, D. V. et al. Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2396-403, 2018.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, março 2011.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

ZANARDO, G. L. de P.; BIANCHESSI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, dez. 2018.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 37, 2011.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inegavelmente, qualquer pessoa pode estar susceptível ao sofrimento e ao adoecimento mental. Na atual conjuntura, essa susceptibilidade pode ser potencializada ao considerar, por exemplo, as formas globalizadas de organização financeira, a austeridade fiscal diminuindo cada vez mais o papel do Estado no plano social, o desemprego alarmante, o trabalho e a perda gradual de seus direitos, a “digitalização” das interações sociais, além do isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19. Tais circunstâncias, trazem à tona a necessidade de dar maior visibilidade a essa temática e ao fortalecimento da rede de cuidados de saúde mental.

A avaliação da RAPS, através da abordagem quantitativa e qualitativa, fez emergir resultados preocupantes. “Nós” foram evidenciados na rede, especialmente no que se refere à distribuição dos serviços substitutivos, com maior concentração, cobertura e recursos financeiros em algumas regiões do Brasil, a saber, em capitais e municípios de grande porte, enquanto outras seguiam com vazios assistenciais, indicando desigualdade distributiva no país. A análise de adequação no âmbito estadual revelou que a maioria dos serviços se encontrava dentro dos parâmetros esperados, apesar disso, cumprir os requisitos mínimos de implantação não são suficientes para oferecer uma atenção de qualidade e que, de fato, resulte na melhoria do estado de saúde mental das pessoas.

Ao aprofundar as análises no interior dos serviços com os profissionais da saúde mental também sobressaíram tensionamentos na avaliação da RAPS. A articulação da rede é pontual, a comunicação e o matriciamento entre as equipes ainda é incipiente, sem contar que há uma priorização dos serviços especializados em psiquiatria. Contudo, é necessário reafirmar que não há rede de um serviço só, os CAPS, sozinhos, não dão conta da complexa teia que envolve os indivíduos com transtornos mentais e suas vulnerabilidades.

Faz-se imprescindível, portanto, buscar por uma rede que enlace as pessoas que nela transitam no sentido de garantir seus direitos de cidadania, respeito e integralidade. Com esse estudo, não se pretende generalizar os resultados, mas as inquietações aqui produzidas podem servir de base para subsidiar as transformações necessárias na estrutura, no processo e no resultado das práticas. Em suma, a linha de cuidado usada para costurar a rede de saúde mental precisa se fortalecer em um processo de comunicação dialógica e variado movimento, pois, quando a rede “balança”, a reforma psiquiátrica avança.

REFERÊNCIAS

- ABREU, S.; MIRANDA, A. A. V.; MURTA, S. G. Programas Preventivos Brasileiros: Quem Faz e como É Feita a Prevenção em Saúde Mental? **Psico-USF**, v. 21, n. 1, p. 163-177, jan./abr. 2016.
- ABREU, S.; MURTA, S. G. A Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: a perspectiva de especialistas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018.
- ALMEIDA, P. F. de. **O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental**: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- ALVAREZ, A. P. E.; SILVA, J. O.; OLIVEIRA, A. C. M. Centro de Convivência e Cultura: diálogos sobre autonomia e convivência. **ECOS**, v. 6, n. 1, p. 5-19, 2016.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.
- AMARANTE, P. D. C. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul/set, 1995.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-1074, 2018.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207-215, jan, 2007.
- ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 3, p. 1-124, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BASAGLIA, F. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, F. (Org.) **A Instituição Negada**. Relato de um hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1991. p. 99-156.
- BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Tradução de Maria Luiza X. de Borges. Revisão técnica Karina Kuschnir. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunic, Saude, Educ**, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A. C.; TEIXEIRA, M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Rev Latinoam Psicopat Fund**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, mar 2008.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 de junho de 2001. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 de dezembro de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta Para Casa**. 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-volta-para-casa/condicoes-para-ser-um-beneficiario>>. Acesso em: 10 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**. Ano II, n. 4, agosto de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340p.

BRASIL. Ministério do Trabalho. 2017a. **Notícias**. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/noticias/6588-transtornos-mentais-e-comportamentais-fastaram-178-mil-pessoas-do-trabalho-em-2017>>. Acesso em: 15 mar 2019.

BRASIL. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2000, Seção 1, Pág. 23.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2019.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2021. **Coronavírus (COVID-19)**. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Leitos**. 2018. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Tipos de estabelecimento**. 2019a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=29>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Leitos**. 2019b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=29>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Equipamentos**. 2019c. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipamento.asp?VEstado=29>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CAMPBELL, N. C. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. **BMJ**, v. 334, p. 455-459, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003.

CAPLAN, G. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 40-69.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, A. L. B. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

CARVALHO, V. D. et al. Interacionismo Simbólico: Origens, Pressupostos e Contribuições aos Estudos em Psicologia Social. **Psicol Ciênc Prof**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. **Psicol Ciênc Prof**, v. 35, n. 1, p. 211-224, 2015.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-11). **Transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico**. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f334423054>>. Acesso em: 26 mai. 2021.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013. 152p.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORREA, S. G. P. **Avaliação de novos serviços de saúde mental: o caso dos Centros de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

COSTA, P. H. A. et al. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3243-3253, 2015.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. R. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Relatórios Públicos. **Histórico de cobertura**. 2018. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Informações de Saúde.

Tipos de Estabelecimentos. 2018. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 14 mar 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Tipos de**

estabelecimentos. 2019. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002. p. 195-221.

DESVIAT, M. **A Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 169p.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 44, n. 3, Supp 1, p. 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. Quality assurance. Structure, process and outcome. **Nurs Stand**, Great Britain, v. 7 (Suppl. 11), p. 4-5, dez 1992.

DUARTE, M. L. C. et al. Avaliação das famílias de usuários de crack sobre grupo de apoio. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2313-9, 2018.

ESCUDEIRO, C. C.; SOUZA, M. L. A. S. Saúde Mental no Sistema Único de Saúde: mudança do Modelo de Atenção na Região de Lins-SP. **Saude Soc**, v.18, supl.1, 2009.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc**, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015.

FERREIRA, M. P. S. **Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2017. 145 f.

FERREIRA, P. H. R. **Centro de Convivência e Cultura e suas repercussões na vida de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2014.

FONSECA, D. L. et al. Validação transcultural da Escala CONNECT – Uma medida de continuidade do cuidado em serviços de saúde mental. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 9-18, 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.9, 2020.

FURTADO, J. P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011.

FRANÇA, C. L.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol Ciênc Prof**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. DE S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 67-79.

GONZALEZ, A. M. **Plano de ações na promoção e prevenção de transtornos em saúde mental na atenção primária à saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família. Contagem (MG), 2015.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park; CA; Sage Publications, Chapter 1: The Coming of Age of Evaluation, pp.21-49; Chapter 7: The Methodology of Fourth Generation Evaluation, p.184-227, 1989.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p.

HENAO S. et al. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. **Rev Fac Nac Salud Pública**, v. 34, n. 2, p. 184-192, 2016.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

INOJOSA, R. M. **Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas?** Cadernos Fundap, São Paulo: Fundação de Desenvolvimento Administrativo, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

JACOBINA, R. R. **O Alienismo na Bahia**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: UFBA, 1982.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2259-66, 2018.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

KALIL, M. E. X. (Org). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**, Anais. São Paulo; HUCITEC, 1992. 237 p. ilus, tab. (Saúde loucura [textos], 7).

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. 969 p.

LARA, A. F. L. A produção do conhecimento psicológicopsiquiátrico em saúde mental: considerações a partir de um texto exemplar. **Psicol USP**, v. 17, n. 1, p. 35-52, 2006.

LUCCHESI, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, 2009.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1996.

MAZZAIA, M. C. Necessidades em saúde mental e pesquisa. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2198-9, 2018.

MEDEIROS, S. M. de; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 571-579, 2002.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES-GOLÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 p.

MORENO, V.; SAEKI, T. Refletindo sobre a cidadania nos serviços de saúde mental. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 91-94, jul. 1998.

NÓBREGA, M. P. S. S. et al. Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1016-23, 2017.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out, 2007.

- NUNES, M. O. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.
- ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev Latinoam Psicopat Fund**, v. VII, n. 1, p. 128-141.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde Debate**, v. 41, n. especial, p. 71-83, 2017.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z., Almeida Filho, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Análise da Situação de Saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 29-38.
- PANIAGUA, D. V. Projeto K: Capacitar para uma transição segura hospital-comunidade. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2396-403, 2018.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Research & evaluation Methods**. Newbury Park: Sage Publications, 1990.
- PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist Ciênc Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-58, maio/ago 2004.
- PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc Anna Nery**; v. 23, n. 1, 2019.
- PINHEIRO, L. H. **A Prática Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: UFBA, 1980.
- PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.
- PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS**, n. 246, p. 6-14, 2019.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 259-269.

POT, A. M. et al. (Cost) effectiveness of life review for Older Adults: Design of a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 8, p. 211, 2008.

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, S. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **Hist Ciênc Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1515-1529, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014.

RAMOS, P. F.; PIO, D. A. M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicol Ciênc Prof**, v. 30, n. 1, p. 212-223. 2010.

REBOUÇAS, D., et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar, 2008.

RESENDE, A. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.; TUNDIS, S (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Abrasco, 1992. p. 15-74

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**: uma outra via. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SALVALAGIO, A. R.; FERNANDES, F. B. A implantação do CAPS i de Assis Chateaubriand: novos direitos para os sujeitos no campo da saúde mental. 6º Seminário Nacional Estado e Políticas Públicas. **Anais...** Unioeste, PR, 2014.

SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. 203p.

SANTOS, S. S. B. S. **Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia**. 2010. 256 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2010.

SARACENO, B. et al. **Evaluation of Psychiatric Services: Hard and Soft Indicators in Innovative Approaches in Service Evaluations: Consumer Contribution to Qualitative Evaluation – Soft Indicators**. Geneva: WHO/MND, 1993.

SILVA, M. S. R. M.; COELHO, T. C. B. Avaliação do SAMU – 192: a política das urgências em cena. In: ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO, E. M. **Análise de problemas sociais e de saúde**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

SILVA, M. V. S.; MIRANDA, G. B. N.; ANDRADE, M. A. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface (Botucatu)**, v. 21, n. 62, p. 589-99, 2017.

SILVA, N. S.; CAMARGO, N. C. S.; BEZERRA, A. L. Q. Avaliação dos registros de procedimentos por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Bras Enferm**, v. 71, suppl 5, p. 2320-8, 2018.

SILVA, N. S.; MELO, J. M.; ESPERIDIÃO, E. Avaliação dos serviços de assistência em saúde mental brasileiros: revisão integrativa da literatura. **REME – Rev Min Enferm**, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

SILVA, T. A.; PAULA JÚNIOR, J. D.; ARAÚJO, R. C. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Rev Latinoam Psicopat Fund**, v. 21, n. 2, p. 346-363, 2018.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-5, 2005.

SIQUEIRA, C. et al. Impacto da crise financeira e social na saúde mental. **Rev Port Enferm Saúde Mental**, n. 14, p. 72-75, 2015.

SOARES, I. A. **O planejamento das ações de saúde mental: o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador- Bahia 2005-2008**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUZA, L. G. S. et al. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

SOUZA, T. O.; SOUZA, E. R.; PINTO, L. W. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1889-1900, 2014.

SURJUS, L. T. L. S.; CAMPOS, R. O. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Rev Latino am Psicopat Fund**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 122-133, 2011.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.) **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. P. 287-301.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, 2017.

TELES, A. S. **O financiamento público do Sistema Único de Saúde (2003-2018)**. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2019.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist Ciênc Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

UNUTZER, J. et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 288, n. 22 p. 2836-2845, 2002.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J Bras Psiquiatr**, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, 275 p.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm**, v. 13, n. 4, p. 593-8, out/dez 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: World Health Organization, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WONCA. **Integrating mental health in primary care: a global perspective**. Geneva: WHO; 2008.

ZANARDO, G. L. de P.; BIANCHETTI, D. L. C.; ROCHA, K. B. Dispositivos e conexões da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Porto Alegre – RS. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 80-101, dez. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

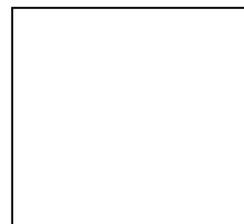
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA TELES

Estamos convidando o (a) Senhor (a) para participar desta pesquisa que objetiva avaliar os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nacional, do estado da Bahia e de um município de grande porte do estado, no contexto da reforma psiquiátrica vigente. Este estudo está sob responsabilidade da Doutoranda Milla Pauline da Silva Ferreira Teles e pela Orientadora Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, professora da UEFS e coordenadora do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). Este estudo será importante, pois possibilitará identificar e caracterizar os serviços que compõem a RAPS do estado da Bahia e avaliar os serviços de saúde mental, auxiliando os gestores na tomada de decisão para melhorar os serviços. Para isso o (a) Senhor (a) precisará responder a um formulário, que, quando necessário, será gravado após sua autorização. Caso se sinta incomodado (a) com alguma pergunta, não precisará respondê-la, assim como terá liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. Asseguraremos a sua privacidade e a proteção de sua identidade, garantindo anonimato nas informações para prevenir riscos à sua integridade. A manipulação dos dados se dará em ambiente confidencial e ficarão guardados por um período de cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador, no núcleo de pesquisa. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos. Caso haja algum dano decorrente desta participação, a pesquisadora se responsabilizará pelo atendimento integral, imediato e gratuito, pelo tempo que for necessário, bem como será garantida a indenização. Além disso, o senhor (a) terá a garantia de ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. Os resultados da pesquisa serão apresentados nas instituições municipais que farão parte do estudo e poderão ser utilizados em artigos, livros, revistas, publicações e congressos, sendo garantido também aos participantes o acesso a esses resultados. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre sua participação na pesquisa durante e após responder o formulário, o (a) Senhor (a) poderá entrar em contato com as pesquisadoras, diretamente na UEFS no endereço e telefone abaixo explicitados. Dúvidas do ponto de vista ético poderão ser esclarecidas com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, através do telefone (75) 3161-8124, das 13:30h às 17:30h, do e-mail: cep@uefs.br ou do endereço: Av. Transnordestina, S/N, campus da UEFS, Módulo 1, MA 17. O CEP é um grupo formado por especialistas de várias áreas e representantes da população responsáveis por avaliar e acompanhar de perto as pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Diante disso, se o (a) Senhor (a) concordar em participar desta pesquisa, deverá assinar este termo que segue as normas da Resolução nº466 de 2012 e Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, ficando uma cópia do mesmo com o (a) Senhor (a).

Assinatura do Participante

Milla Pauline da Silva Ferreira Teles
Pesquisadora Responsável

Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho
Orientadora



Impressão dactiloscópica

APÊNDICE B – Questionário Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Nº de Identificação do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Município: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino () Outro
4. Idade: _____ anos
5. Raça/cor: () Branco (a) () Preto (a) () Pardo (a) () Indígena () Ignorado (a)
6. Estado civil: () Solteiro (a) () Casado (a) () Divorciado (a) () Viúvo (a)
7. Tem filhos? () Sim () Não
8. Se sim, quantos filhos? _____
9. Qual o seu nível de formação? () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
10. Qual a sua área de formação? () Enfermagem () Medicina () Assistência Social () Psicologia () Outro _____
11. Qual o seu regime de trabalho? () Servidor público concursado () Servidor público contratado () Contrato por prazo determinado - REDA () Cooperado () Outro
12. Qual a carga horária semanal (em horas)? _____

BLOCO 2 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

1. Tipo de CAPS: () CAPS I () CAPS II () CAPS III () CAPSi () CAPSad
2. Qual a sua função no CAPS? () Coordenador () Técnico
3. Se coordenador, há quanto tempo? _____
4. Ocupou cargo de coordenador anteriormente? () Sim () Não
5. Qual o número de trabalhadores do CAPS? _____
6. Quantos são efetivos? _____
7. A quantidade de trabalhadores/profissionais consegue atender a demanda de usuários? () Sim () Não
8. Quais as categorias profissionais compõem o CAPS? (pode assinalar mais de uma alternativa)
() Médico generalista () Médico psiquiatra () Psicólogo () Enfermeiro () Assistente Social () Pedagogo () Terapeuta Ocupacional () Técnico/ Auxiliar de enfermagem () Agente administrativo () Técnico Educacional () Artesão () Artista Plástico/Professor de Arte () Serviços gerais (Limpeza) () Cozinheira/copeira () Jardineiro () Vigilante/Guarda Municipal () Outro Profissional _____
9. Quantos profissionais possuem especialização na área de saúde mental? _____
10. São realizadas capacitações para os profissionais? () Sim () Não
11. Se sim, as capacitações/treinamentos de saúde mental ocorrem de forma periódica? () Sim () Não
12. Você se sente preparado para atender às demandas de saúde mental? () Sim () Não
13. O espaço físico é próprio? () Sim () Não
14. O espaço é composto por (marque com um “X” caso possua, pode marcar mais de uma alternativa): () Sanitários () Cozinha () Refeitório () Sala para atendimento individual () Sala para atividades coletivas () Sala de enfermagem/ procedimento () Outros espaços: _____

15. Você considera o espaço físico do CAPS adequado para as atividades desenvolvidas?
 Sim Não
16. O ambiente é climatizado? Sim Não
17. Possui adequação para deficiente? Sim Não
18. A quantidade de recursos materiais é adequada para as atividades e atendimentos realizados na unidade? Sim Não
19. Faltam materiais para as atividades e atendimentos na unidade? Sim Não
20. Possui leitos? Sim Não
21. Se sim, quantos? _____
22. Qual o período de funcionamento do CAPS? _____ dias na semana
23. Qual o horário de funcionamento? De ____ às ____ horas
24. Há critérios de acesso ao CAPS? Sim Não
25. Se sim, quais são os critérios de acesso? (pode assinalar mais de uma alternativa)
 Faixa etária Morador do município Diagnóstico (F10 A F19) Encaminhamento
 Gravidade Outro _____
26. É realizada triagem/ acolhimento no serviço? Sim Não
27. Qual profissional realiza a triagem/acolhimento?
-
28. O CAPS contempla (pode marcar mais de uma alternativa):
 Acolhimento diurno Acolhimento noturno Acesso livre dos usuários Acesso com hora marcada dos usuários
29. Qual o número atual de usuários inscritos? (em média) _____
30. Os profissionais classificam os usuários em intensivo, semi-intensivo e não intensivo? Sim Não
31. Quantos usuários estão classificados em atendimento intensivo? _____
32. Quantos usuários estão classificados em atendimento semi-intensivo? _____
33. Quantos usuários estão classificados atendimento não intensivo? _____
34. O serviço possui sistema de referência e contra-referência? Sim Não
35. O serviço possui algum técnico de referência e contra-referência? Sim Não
36. O serviço oferece refeição para os usuários? Sim Não
37. Se sim, quais refeições? (pode assinalar mais de uma alternativa)
 Café da manhã Lanche Almoço Jantar Outro: _____
38. O serviço realiza reuniões entre os membros da equipe? Sim Não
39. Se sim, qual a frequência? Semanal Quinzenal Mensal Conforme a necessidade Outro _____

BLOCO 3 – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

1. As atividades desenvolvidas levam em consideração as necessidades de saúde dos usuários? Sim Não
2. O serviço possui projeto terapêutico individual para os usuários? Sim Não
3. O serviço realiza atendimento medicamentoso? Sim Não
4. O CAPS possui medicação de urgência e emergência? Sim Não
5. O serviço realiza manejo do usuário em situação de crise (surto, agitação psicomotora, risco de agressão a outros ou a si mesmo, dentre outros)? Sim Não
6. O serviço realiza atividades grupais (com usuários e/ou familiares)? Sim Não
7. Se sim, qual a abordagem desses grupos? Tratamento Grupo de autoajuda Terapia de grupo Terapia de família Outros _____

8. Existem protocolos de atendimento individual? () Sim () Não
9. O serviço realiza oficinas terapêuticas? () Sim () Não
10. Se sim, quais oficinas terapêuticas o serviço oferece?
() Artesanato () Culinária () Música () Informática () Dança () Higiene e cuidados pessoais () Teatro () Outra: _____
11. Existe projeto de geração de renda? () Sim () Não
12. O serviço realiza visitas domiciliares? () Sim () Não
13. Se sim, com que frequência são realizadas?
() Semanal () Quinzenal () Mensal () Conforme a necessidade () Outro Qual?
14. Se não, por quê? _____
15. Qual profissional realiza visitas domiciliares?
() Médico () Psicólogo () Enfermeiro () Assistente Social () Terapeuta Ocupacional () Técnico ou Auxiliar de Enfermagem () Outro _____
16. Há vínculos com os serviços Residenciais Terapêuticos? () Sim () Não
17. O CAPS utiliza outros espaços na comunidade? () Sim () Não
18. Se sim, quais? _____
19. O serviço realiza ações de promoção da saúde mental? () Sim () Não
20. Se sim, quais? _____
21. O serviço realiza ações de prevenção de outras doenças? () Sim () Não
22. Se sim, quais? _____

BLOCO 4 – AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Quais os critérios utilizados para a alta do usuário?
() Abandono () Alta solicitada () Transferência para outro serviço () Melhora do quadro clínico () Não aderência do usuário ao tratamento () Outro
2. O serviço tem alcançado os resultados esperados em relação ao tratamento/cuidado do usuário com transtorno mental? () Sim () Não () Às vezes
3. O serviço consegue garantir a reabilitação social dos usuários? () Sim () Não () Às vezes
4. Com os tratamentos oferecidos, o serviço tem conseguido reduzir o número de recidivas em pacientes crônicos? () Sim () Não () Às vezes
5. O serviço tem usuários que passaram a ser inseridos no mercado de trabalho após acompanhamento do CAPS? () Sim () Não
6. O serviço tem algum representante no Conselho Municipal de Saúde ou outra instância de controle social do SUS? () Sim () Não
7. Existe algum instrumento de avaliação da satisfação com o serviço para os usuários e familiares? () Sim () Não

BLOCO 5 – AVALIAÇÃO DO CAPS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Como você avalia o grau de integração da Rede de Atenção Psicossocial? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
2. Você encontra dificuldades no encaminhamento dos usuários para outros serviços da RAPS? () Sim () Não
3. Existem mecanismos ou protocolos que definam o fluxo do usuário na Rede de Atenção Psicossocial? () Sim () Não

4. Se sim, como você avalia o grau de adequação desses protocolos à realidade do serviço? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
5. O serviço realiza o acompanhamento dos usuários atendidos em outros pontos de atenção após o encaminhamento? () Sim () Não () Às vezes
6. Como você avalia o grau de articulação e comunicação do serviço com as equipes de Estratégia de Saúde da Família? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
7. Como você avalia o grau de vínculo com os serviços Residenciais Terapêuticos? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
8. O serviço inclui intervenções domiciliares (atendimentos/ acolhimentos) em função da crise? () Sim () Não
9. Se sim, existe articulação com o SAMU? () Sim () Não
10. Como você avalia o grau de articulação e comunicação do serviço com o SAMU? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
11. Quando é necessária a internação, onde os usuários são internados? (Pode assinalar mais de um item).
() Hospital Geral Estadual ou Municipal
() Hospital Psiquiátrico Estadual ou Municipal
() Hospital ou Clínica Psiquiátrica Privada
() CAPS III
() UPA
() Outro_____
12. Como você avalia o grau de articulação do serviço com outros recursos da comunidade, tais como escolas, clubes, igrejas, praças, academias, cinemas, dentre outros? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
13. Qual o serviço que mais encaminha para o CAPS? () Estratégia de Saúde da família () Hospital Geral () Hospital Psiquiátrico Público () Hospital ou Clínica Psiquiátrica Privada () UPA () Outro_____

APÊNDICE C - Questionário Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Nº de Identificação do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Município: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino () Outro
4. Idade: ____ anos
5. Raça/cor: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Ignorado
6. Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciado () Viúva
7. Tem filhos? () Sim () Não
8. Se sim, quantos filhos? _____
9. Qual o seu nível de formação? () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
10. Qual é sua área de formação? () Enfermagem () Medicina () Assistência Social () Psicologia () Outro _____
11. Qual o seu regime de trabalho? () Servidor público concursado () Servidor público contratado () Contrato por prazo determinado - REDA () Cooperado () Outro
12. Qual a sua carga-horária semanal (em horas)? _____

BLOCO 2 – AVALIAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESF

1. A unidade possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para saúde mental? () Sim () Não
2. Como é o acesso dos usuários com transtornos mentais à unidade? (pode assinalar mais de um item)
() Demanda espontânea () Agendamento da consulta () Recebe a demanda e encaminha para serviço especializado () Não atende usuários com transtornos mentais () Outro: _____
3. Se não atende, por quê?

4. Quem faz o atendimento às demandas de saúde mental? (pode assinalar mais de um item)
() Enfermeiro da unidade () Médico da unidade () Equipe de matriciamento (NASF) () Equipe de matriciamento (CAPS) () Não atende usuários com transtornos mentais
5. Você já teve capacitação/treinamento para o atendimento dos usuários com transtornos mentais? () Sim () Não
6. As capacitações/treinamentos de saúde mental ocorrem de forma periódica? () Sim () Não
7. Você se sente preparado para atender às demandas de saúde mental? () Sim () Não
8. A equipe de saúde da família possui registro do número de casos de usuários com transtornos mentais da sua área de abrangência? () Sim () Não
9. A equipe de saúde da família possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas? () Sim () Não
10. A equipe elabora o Projeto Terapêutico Singular para os usuários com transtorno mental? () Sim () Não

11. Se não, porquê? (pode assinalar mais de um item)
 Não é uma rotina na unidade confeccionar PTS Falta de tempo Grande demanda de usuários Outro _____
12. O serviço dispensa benzodiazepínicos? Sim Não
13. Se sim, a equipe possui registro dos usuários em uso crônico de benzodiazepínicos?
 Sim Não
14. A equipe realiza ações sobre os transtornos mentais, saúde mental, informações sobre tratamento, dentre outros? Sim Não
15. A equipe realiza visita domiciliar aos usuários com transtorno mental da área de abrangência? Sim Não
16. Se sim, quem realiza com maior frequência? Enfermeiro Agente Comunitário de Saúde Médico Técnico de Enfermagem Dentista Outro _____

BLOCO 3 – AVALIAÇÃO DA ESF NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Como você avalia o grau de integração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?
 Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim
2. Você encontra dificuldades no encaminhamento dos usuários para outros serviços da RAPS?
 Sim Não
3. Existem mecanismos ou protocolos que definam o fluxo do usuário na RAPS? Sim Não
4. Se sim, como você avalia o grau de adequação desses protocolos à realidade do serviço? Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
5. O serviço realiza o acompanhamento dos usuários atendidos em outros pontos de atenção após o encaminhamento? Sim Não Às vezes
6. Como você avalia o grau de articulação e comunicação da Unidade de Saúde da Família com os CAPS? Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
7. A Unidade de Saúde da Família possui vínculo com residências terapêuticas? Sim Não
8. Se sim, como o serviço avalia o grau de vínculo com os serviços residenciais terapêuticos? Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim
9. A Unidade de Saúde da Família inclui intervenções domiciliares, (atendimentos/acolhimentos), em função da crise? Sim Não
10. Se sim, existe articulação com o SAMU? Sim Não
11. Quando é necessária a internação, onde os usuários são internados? (Pode assinalar mais de um item).
 Hospital Geral Estadual ou Municipal
 Hospital Psiquiátrico Estadual ou Municipal
 Hospital ou Clínica Psiquiátrica Privada
 CAPS III
 UPA
 Outro _____

APÊNDICE D - Questionário Residência Terapêutica

Nº de Identificação do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Município: _____
3. Sexo: () Masculino () Feminino () Outro
4. Idade: ____ anos
5. Raça/cor: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Ignorado
6. Estado civil: () Solteira () Casada () Divorciado () Viúva
7. Tem filhos? () Sim () Não
8. Se sim, quantos filhos? _____
9. Qual o seu nível de formação? () Técnico () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado
10. Qual é sua área de formação? () Enfermagem () Medicina () Assistência Social () Psicologia () Outro _____
11. Qual o seu regime de trabalho? () Servidor público concursado () Servidor público contratado () Contrato por prazo determinado - REDA () Cooperado () Outro
12. Qual a sua carga-horária semanal (em horas)? _____

BLOCO 2 – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

1. Qual o tipo de residência terapêutica? () SRT tipo I () SRT tipo II
2. Número de moradores: _____
3. Indique quais as categorias profissionais que fazem parte da equipe técnica da residência terapêutica: _____
4. Qual a carga-horária de trabalho destes profissionais? _____
5. Você já teve capacitação/treinamento para o atendimento dos usuários com transtornos mentais? () Sim () Não
6. As capacitações/treinamentos de saúde mental ocorrem de forma periódica? () Sim () Não
7. Você se sente preparado para atender às demandas de saúde mental? () Sim () Não
8. Existe protocolo de atendimento para guiar as ações dos cuidadores? () Sim () Não
9. Os moradores possuem Projeto Terapêutico Singular (PTS)? () Sim () Não
10. Se não, por quê? _____
11. Assinale os cômodos que possuem na estrutura física da residência terapêutica:
() Sala de estar () Dormitórios () Copa e cozinha () Banheiro () Sala de jantar
() Varanda () Outro _____
12. Quais refeições são oferecidas aos moradores? (pode assinalar mais de uma alternativa)
() Café da manhã () Lanche () Almoço () Jantar () Outro: _____
13. A residência possui moradores que recebem auxílio reabilitação (Programa De Volta Para)? () Sim () Não
14. Se sim, quantos recebem benefício? _____
15. Qual a frequência de visitas realizadas às Residências Terapêuticas?

() Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Conforme a necessidade () Outro _____

16. Quantos moradores já receberam alta da (s) residência (s)? _____

17. Tem usuários que participam de outras atividades fora da residência atualmente? () Sim () Não

18. Se sim, quantos? _____

19. O serviço possui usuários que retornaram ao convívio familiar no último ano? () Sim () Não

20. Se sim, quantos? _____

BLOCO 3 – AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

1. Como você avalia o grau de integração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?

() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim

2. Você encontra dificuldades no encaminhamento dos usuários para outros serviços da RAPS?

() Sim () Não

3. Existem mecanismos ou protocolos que definam o fluxo do usuário na RAPS? () Sim () Não

4. Se sim, como você avalia o grau de adequação desses protocolos à realidade do serviço? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

5. O serviço realiza o acompanhamento dos usuários atendidos em outros pontos de atenção após o encaminhamento? () Sim () Não () Às vezes

6. Como você avalia o grau de articulação e comunicação da (s) residência (s) com as Unidades de Saúde da Família? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

7. Como você avalia o grau de articulação e comunicação da (s) residência (s) com os CAPS? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

8. Existe articulação com o SAMU? () Sim () Não

9. Se sim, como você avalia o grau de articulação e comunicação da (s) residência (s) com o SAMU? () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim

10. Quando é necessária a internação, onde os usuários são internados? (Pode assinalar mais de um item).

() Hospital Geral Estadual ou Municipal

() Hospital Psiquiátrico Estadual ou Municipal

() Hospital ou Clínica Psiquiátrica Privada

() CAPS III

() UPA

() Outro _____

APÊNDICE E - Roteiro de entrevista dos trabalhadores da saúde mental

Nº de Identificação do questionário: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: _____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Idade: _____ anos
4. Filhos: () Sim () Não
5. Número de filhos: _____
6. Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado () Divorciado () Viúvo () Outro (especificar): _____
7. Nível de Formação: () Ensino médio () Curso técnico () Graduação () Pós-graduação () Outros
8. Área de formação: _____

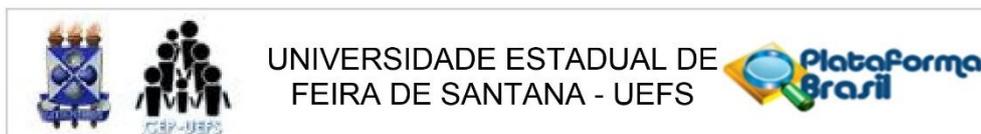
BLOCO 2 –PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE A RAPS

PERGUNTAS NORTEADORAS	OBJETIVO
9. Como você avalia a estrutura do serviço (estrutura física, recursos materiais, recursos humanos...)?	Identificar a percepção dos trabalhadores sobre aspectos relacionados à estrutura física, como conservação, conforto, climatização, materiais e insumos, dentre outros, e também aspectos relacionados aos profissionais do serviço.
10. Como você avalia o cuidado prestado pelo serviço?	Compreender qual a percepção do trabalhador sobre o cuidado oferecido, se avalia positivamente ou negativamente e por quê.
11. O que você acha do tratamento ofertado?	Entender quais os resultados estão sendo alcançados com o tratamento ofertado pelo serviço na visão dos trabalhadores.
12. Tem observado melhora, redução no número de crises, maior reinserção social dos usuários que frequentam o serviço?	
13. Que outros espaços os usuários buscam pelo cuidado em saúde?	Identificar os outros serviços de saúde que o usuário tem acesso; Avaliar a integralidade da atenção à saúde.
14. Os usuários têm dificuldades de frequentar outros serviços além do CAPS? Quais?	
15. Como você avalia o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS, ambulatório, hospital...)?	Levantar as dificuldades encontradas de acesso aos serviços da RAPS, quais sejam, transporte, marcação de consulta, realização de exames, disponibilidade de medicamentos, dentre outras.

16. Quais os benefícios que você identifica em relação a atuação compartilhada dos serviços de atenção psicossocial?	Compreender os principais benefícios para os usuários advindos da atuação em rede compartilhada dos serviços.
17. Fale um pouco sobre o que você acha da mudança do modelo manicomial para a ênfase nos serviços de comunidade.	Compreender a concepção de mudança do modelo de atenção em saúde mental na visão dos trabalhadores.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Pesquisador: Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29343020.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

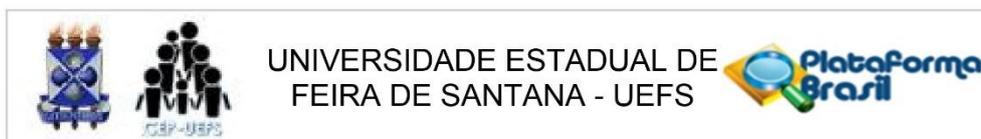
Número do Parecer: 4.011.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistema, Serviços e Programas de Saúde. Orientadora: Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho.

"Trata-se de uma pesquisa avaliativa da RAPS nacional, estadual e de um município de grande porte da Bahia. O estudo será realizado através de duas abordagens: quantitativa para identificação, mapeamento e descrição do funcionamento da RAPS do SUS nacional e avaliação da estrutura, processo e resultado da RAPS do estado da Bahia, no contexto da reforma psiquiátrica; e qualitativa para a análise de contexto e avaliar os serviços substitutivos de saúde mental na perspectiva dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares, a partir de um estudo de caso da RAPS de um município de grande porte da Bahia. Os estudos avaliativos buscam contemplar as três dimensões da produção da atenção em saúde: a estrutura, o processo e os resultados. Nessa perspectiva, os instrumentos foram construídos a partir do levantamento de componentes que serão utilizados na avaliação dos serviços de atenção psicossocial conforme o que está expresso na legislação que compõe a política de saúde mental, bem como na literatura.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

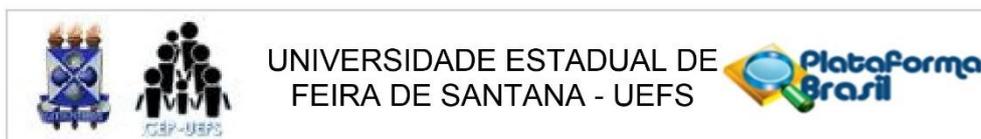


Continuação do Parecer: 4.011.028

Estudo de caso será realizado no município de Feira de Santana, por sua localização e importância na RAPS no interior do estado da Bahia. Para a construção da base quantitativa que contempla o estudo da estrutura, processo e resultado, constituirão fontes de dados os seguintes sistemas de informação: Departamento de Informática do SUS (DATASUS); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE/SUS); Fundo Nacional de Saúde (FNS); e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Serão consultados também documentos disponíveis na internet e na Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, para informações a respeito do funcionamento da rede assistencial de saúde mental. Além disso, serão realizadas entrevistas com coordenadores de saúde mental (para os municípios que contêm esse agente) e coordenadores dos CAPS dos municípios baianos, trabalhadores de saúde, famílias e usuários, que constituirão as fontes de dados primários da pesquisa. Os participantes serão divididos em quatro grupos: Grupo I – Gestores de saúde mental (coordenadores dos CAPS, coordenadores municipais de Saúde Mental, diretor hospitalar); Grupo II – Trabalhadores de saúde (enfermeiro, psicólogo, médico psiquiatra, dentre outros, dos CAPS, hospitais, ESF); Grupo III – Usuários dos serviços (cadastrados nos CAPS); Grupo IV – Familiares de usuários dos serviços.

No que diz respeito ao instrumento de coleta de dados, segundo Donabedian (1966) os estudos avaliativos buscam contemplar as três dimensões da produção da atenção em saúde: a estrutura, o processo e os resultados. Nessa perspectiva, os instrumentos foram construídos a partir do levantamento de componentes que serão utilizados na avaliação dos serviços de atenção psicossocial conforme o que está expresso na legislação que compõe a política de saúde mental, bem como na literatura. Critério de Inclusão: Dentre os critérios de inclusão dos participantes no estudo serão levados em consideração: Grupo I – gestores ativos, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo 06 meses de experiência no serviço ou setor; Grupo II – trabalhadores ativos, que não estejam de férias ou licença, com no mínimo 06 meses de experiência e que atue no serviço de atenção psicossocial; Grupo III – usuários dos serviços cadastrados há pelo menos 01 ano no CAPS, maiores de 18 anos, lúcidos, que estejam em condições de ser entrevistado; Grupo IV – familiares de usuários dos serviços que se corresponsabilizam pelo cuidado. Para a abordagem quantitativa, no grupo dos gestores, serão enviados questionários para todos os coordenadores dos CAPS e gestores dos hospitais. Já para a qualitativa, o tamanho da amostra seguirá o critério de saturação, quando, pelo conhecimento e expertise do investigador, é contemplada a coletividade, diversidade e intensidade das informações coletadas para análise.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.011.028

Hipótese: A pesquisa parte do pressuposto de que o sistema de saúde mental brasileiro ainda se encontra em um processo de transição paradigmática, pois apesar dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica Brasileira para expansão dos serviços substitutivos, para organização da Rede de Atenção Psicossocial, dentre outros, esses serviços possivelmente continuam reproduzindo práticas obsoletas de cuidado, não incorporando de fato ações voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação social conforme normatização e objetivos da reforma vigente, sendo, portanto, necessário avançar no que tange à mudança do modelo de atenção à saúde mental adotado nesses serviços."

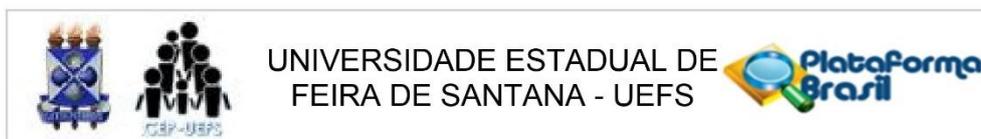
Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito nacional, estadual e municipal no contexto da reforma psiquiátrica. Objetivo Secundário: • Identificar e caracterizar os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial nacional; • Avaliar serviços da Rede de Atenção Psicossocial no contexto da reforma psiquiátrica: estrutura, processo e resultado, no estado da Bahia; • Compreender a percepção dos trabalhadores de saúde, familiares e usuários acerca dos serviços e do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de um município de grande porte do estado da Bahia."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Como possíveis riscos destacam-se perda, desvio, danos e divulgação de informações confidenciais sem a devida autorização e possibilidade de que alguma pergunta faça o entrevistado se recordar de situações desagradáveis ou constrangedoras, estando livre para responder ou não aos questionamentos. Para não causar prejuízo aos sujeitos, será garantido o anonimato dos nomes presentes nos dados e não se utilizarão os dados para o uso pessoal ou divulgações que não estejam vinculadas a produções científicas em parceria com o núcleo. Benefícios: No que diz respeito aos benefícios, a caracterização e avaliação dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do estado da Bahia, além da apresentação de um retrato da RAPS nacional e de uma análise mais aprofundada da rede de um município de grande porte, fornecerão suporte técnico para gestores, trabalhadores e planejadores das políticas públicas em saúde mental, assim como servirá de apoio para os usuários, os familiares e a comunidade para superar as formas obsoletas de tratamento manicomial, a partir de novas práticas de acolhimento, cuidado, promoção da saúde, prevenção e reabilitação social."

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.011.028

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo de pesquisa viável, a pesquisadora faz avaliação dos riscos e benefícios, sendo que os benefícios superam os riscos.

A pesquisadora responde e atende as pendências emitidas no parecer nº 3.948.954. Considerando que apresenta anuência da SESAB a qual informa que encaminhará comunicado da coleta de dados para as instituições. A pesquisadora deve buscar ao ir a cada campo a anuência deste locais e encaminhar ao CEP via notificação.

Os hospitais estaduais contemplados pela pesquisa são: Hospital Especializado Mario Leal (HEML); Hospital Juliano Moreira (HJM); e Hospital Psiquiátrico Lopes Rodrigues (HELRL) e CAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes documentos:

Projeto completo

Folha de Rosto

Declaração da pesquisadora Colaboradora

TCLE

Anuência institucional da SESAB

Recomendações:

Apresentar anuência via notificação, após cada contato com as instituições Os hospitais estaduais contemplados pela pesquisa são: Hospital Especializado Mario Leal (HEML); Hospital Juliano Moreira (HJM); e Hospital Psiquiátrico Lopes Rodrigues (HELRL) e CAPS.

NO TCLE substituir o termo cópia por via, ao referir a via do TCLE que será entregue ao participante.

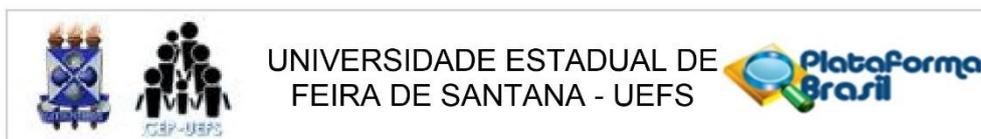
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3,

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 4.011.028

alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1507529.pdf	29/04/2020 20:46:57		Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_INSTITUCIONAL.pdf	29/04/2020 20:46:07	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_RETIFICADO_CEP_MILLA.pdf	29/04/2020 20:45:22	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RETIFICADO_MILLA_PAULINE_S_F_TELES.docx	29/04/2020 20:43:46	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Outros	OFICIO_PENDENCIAS_CEP.pdf	29/04/2020 20:43:20	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_PESQUISA_SEI_GOV_BA_MILLA_PAULINE_TELES.pdf	23/04/2020 18:27:39	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	20/02/2020 16:15:41	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_MILLA.pdf	17/02/2020 15:53:11	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_ENVIAR_CEP_MILLA.pdf	09/02/2020 17:06:21	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MILLA_PAULINE_S_FERREIRA_TELES.docx	09/02/2020 17:02:10	Milla Pauline da Silva Ferreira Teles	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

ANEXO B – Termo de anuência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE - SESAB
ASSESSORIA TÉCNICA DA SAIS - SESAB/SAIS/ASTEC

PROCESSO:	019.5335.2020.0028379-15
OBJETO:	Ofício - Solicitação para Pesquisa
ÓRGÃO INTERESSADO:	[Insira aqui o órgão interessado]

DESPACHO**AO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**

Ilmas. Sras.

Ms. Milla Pauline da Silva Ferreira Teles

Pesquisadora Responsável Doutoranda em Saúde Coletiva do PPGSC-UEFS

Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho

Orientadora Professora Titular Pleno da UEFS

C/ CÓPIA PARA:**DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO**

Ilma. Sra.

Dra. Liliane Mascarenhas

Diretora

DIRETORIA GERAL DE GESTÃO DE UNIDADES PRÓPRIAS

Ilmo. Sr.

Dr. Igor Lobão

Diretor

DIRETORIA DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ilmo. Sr.

Dr. Júlio Musse Calzado

Diretor

Prezados(as) Senhores(as),

Cumprimentando-as cordialmente, trata-se de pleito (evento nº 00016867167) para realização de pesquisa, intitulada "AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA", a ser desenvolvida pela doutoranda Milla Pauline da Silva Ferreira Teles, matrícula nº 10121030, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), que tem como orientadora a Profª Drª Thereza Christina Bahia Coelho, coordenadora do Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC).

Considerando o tema relevante da proposta que, para a sua concretização necessitará de coleta de dados junto aos diretores (as) dos Hospitais Estaduais Especializados em Psiquiatria para avaliação de parâmetros da estrutura, do processo e dos resultados, **AUTORIZO** a realização do trabalho almejado, respeitando-se os limites éticos previstos em lei, e, desde já solicito às

Diretorias de Gestão do Cuidado, Geral de Gestão de Unidades Próprias e à de Gestão de Serviços de Saúde que atendam às demandas impostas para a construção da pesquisa, além de comunicarem às Unidades da Rede Própria SESAB/SUS envolvidas na temática.

Atenciosamente,

Jassicon Queiroz dos Santos
Superintendente de Atenção Integral à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Jassicon Queiroz dos Santos, Superintendente**, em 22/04/2020, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00017924346** e o código CRC **CDB7E5A1**.

ANEXO C – Termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana

**Secretaria Municipal de Saúde
Seção de Capacitação Permanente**

**E-mail: scp.sms@gmail.com
(75) 3612-6608/Ramal 6608**

Feira de Santana 26 de outubro de 2020.

**DA: SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO PERMANENTE
PARA: CAPS's**

**ENCAMINHAMENTO DE COLETA DE DADOS
AUTORIZADO**

Informamos que se encontra Autorizado a realização da coleta de dados da pesquisa: "AVALIAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA". Que será desenvolvido no CAPS AD, CAPS I, CAPS III, CAPS II SILVIO MARQUES, CAPS II OSCAR MARQUES, sob ORIENTAÇÃO DO PROFESSORA DR^a TEREZA CRISTINA BAHIA COELHO.

Firmo que por estarmos em uma Pandemia pelo vírus Covid-19, as pesquisas com pacientes estão temporariamente suspensas, estando liberadas apenas as coletas de dados epidemiológicos através dos prontuários e com os profissionais da Rede.

Atenciosamente,

Priscilla Soares Reis do Nascimento
Coord. Seção de Capacitação Permanente.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Seção de Capacitação Permanente
Em: _____