



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL

ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA

TERRITORIALIDADE EM REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS - BA

Salvador
2016

ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA

**TERRITORIALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS-BA**

Dissertação apresentada ao programa de Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Macêdo de Alencar.

Salvador
2016

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

O48 Oliveira, Adriana Antonia de.
Territorialidade em rede de atenção psicossocial no Município de Alagoinhas - Ba/ Adriana Antonia de Oliveira. – Salvador, 2016.
119 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social.

Orientação: Profª. Drª. Cristina Maria Macêdo de Alencar.

1. Território 2. Territorialidade 3. Rede de Atenção Psicossocial
I. Título.

CDU 711.4:616.89(813.8)



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social

Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social

Homologado pelo CNE (Portaria Nº 3.116, 09/09/2005)

TERMO DE APROVAÇÃO

ADRIANA ANTÔNIA DE OLIVEIRA

Territorialidade em Rede de Atenção Psicossocial no Município de Alagoinhas - BA

Dissertação aprovada como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social.

Salvador, 09 de dezembro de 2016

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Cristina Maria Macêdo de Alencar (Orientadora)
Doutora em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade
Universidade Católica do Salvador - UCSAL

Prof. Dr. Sylvio Carlos Bandeira de Mello e Silva
Doutor em Geografia
Universidade Católica do Salvador - UCSAL

Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
Doutora em Medicina Preventiva
Universidade Católica do Salvador - UCSAL

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas duas famílias:

Aquela em que nasci e me ofertou toda a base do que é o amor – meu amado pai que só pôde frequentar a escola durante seis meses, mas que sempre enfatizou a importância de estudar, se sacrificando, passando até por necessidades básicas só para eu poder concluir minha formação como enfermeira; minha mãe que sempre fez o possível e o impossível só para comprar um livro, ou para fornecer-me o dinheiro das passagens quando havia alguma prova por fazer; minha irmã Carla, que me ensinou a ler e escrever antes mesmo que eu iniciasse o ensino formal e me auxiliou em cada atividade escolar; minha irmã Day, que me ensinou a ter paciência nos momentos mais difíceis em que eu cursei o bacharelado, tirando da sua renda familiar para eu conseguir me manter, estudando; meus sobrinhos amados Pedro Victor, Mairla e Emilly, que me enchem de alegria, e meus cunhados pelo apoio.

E à família que adquiri também através de Deus, iniciando por Yuri, o homem da minha vida, que aguentou todos os momentos – fossem eles bons ou difíceis, sempre ao meu lado; Nitinha que sempre me faz rir e enxergar as coisas numa ótica leve; Paulina pelo apoio, fazendo-me sentir mais filha que nora; Roque, pelo exemplo de integridade, apoio e pelo carinho com que sempre me trata; Luanda, por ensinar-me o caminho das pedras, tirando as dúvidas e auxiliando nesta jornada de pesquisa e ainda, Dandara, por sempre ser tão atenciosa.

Aos meus colegas de trabalho do CAPS de Cipó-BA, que me apoiaram neste processo, principalmente Edna e Mírian, que já seguraram muitas vezes as situações.

Andrea, Meire, Maria das Graças e Fabiana – minhas chefes – cujas decisões sempre foram de apoio.

Aos colegas acadêmicos que se tornaram uma corrente de força para alcançar os resultados. Desesperamo-nos muito, diante dos desafios, mas sempre juntos, rimos bastante também.

Aos professores do Programa de Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social, todos incríveis com os quais tive muita sorte de poderem contribuir em minha formação como mestra e, primordialmente, minha orientadora Cristina Alencar, que

contribuiu de forma significativa para meu amadurecimento em pesquisa. Sylvio Bandeira, como professor sabia como corrigir e ao mesmo tempo incentivar, e como coordenador, quando precisei de apoio em soluções administrativas para continuar no mestrado, ele estava presente. Maria Helena Flexor, Barbara-Christine Marie Nentwig Silva, assim como Silvana Carvalho – todos me desafiaram ao crescimento, e levarei eternamente seus ensinamentos.

Aos responsáveis por eu amar tanto a saúde mental, inicialmente Jordan Lima que na graduação e posteriormente na especialização em saúde mental, junto com Moacir Lira, despertaram-me a vontade de lutar por um cuidado humanizado às pessoas com sofrimento psíquico. Ambos me apresentaram às primeiras leituras de autoria de Ana Pitta.

Assim, quando iniciei o mestrado, já admirava o trabalho de Ana Pitta, o que foi reforçado pelo privilégio de ser sua discente, sendo ela sempre atenciosa e prestativa. E, o mais importante, na reta final quando eu achava que tudo estava ruim, no auge do cansaço físico e mental, sem que soubesse que eu pensava em desistir, ela disse: “É um belo trabalho”!

A jornada do mestrado foi caracterizada por dormir apenas duas horas por dia, para chegar cedo às aulas, continuar como Professora e Enfermeira em três vínculos de trabalho necessários para arcar com os custos, e me organizando para entregar todas as atividades acadêmicas sempre antes da data limite. Não foi fácil, mas só foi possível graças a vocês.

Sintam-se todos abraçados pela minha eterna gratidão!

*“Toda pessoa que serve além do dever,
encontrou o caminho para a verdadeira felicidade”.*

Allan Kardec

OLIVEIRA, Adriana Antonia de. **Territorialidade da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Alagoinhas-BA.** 119 f Dissertação (Mestrado) - Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

RESUMO

A partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que organiza os cuidados em saúde mental considerando a perspectiva de território em rede, foi avaliada a Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas-BA no período de 2012 a 2015 na perspectiva de Território em Rede, o que constitui-se no objetivo geral desta pesquisa através da identificação dos pontos de atenção, mostrando sua dinâmica de funcionamento em Rede de Atenção Psicossocial com base no território e os dispositivos de integração na Rede de Atenção Psicossocial através da Territorialidade Psicossocial. Buscou-se avaliar a territorialidade que constitui a RAPS de Alagoinhas-BA, estudando-a enquanto ação concreta que poderá servir como instrumento de avaliação da dinâmica da rede com visão interdisciplinar e abordagem territorial para atuação profissional mais eficaz. Foi realizado levantamento bibliográfico e pesquisa de campo através de entrevistas direcionadas a usuários e/ou familiares, profissionais e gestores, que através da identificação dos pontos de atenção e sua dinâmica de funcionamento, discutiu a atuação na rede e fluxo de pessoas e informações, analisando as estratégias político-institucionais para a organização da rede, incluindo a acessibilidade da população rural e, por último, dentro das perspectivas dos entrevistados, identificou-se os dispositivos de atendimento necessários para a integração da rede psicossocial resultando no desenho da RAPS do município e a sua Territorialidade, que é o nexo que estabelece com a Rede de Atenção Psicossocial do Território, a avaliação da RAPS no município de Alagoinhas-BA na perspectiva de Território e Territorialidade em Rede, permitindo conhecer a realidade construída através das experiências e interação de pessoas e tecnologias de informação.

Palavras-chave: Território; Territorialidade; Rede de Atenção Psicossocial.

OLIVEIRA, Adriana Antonia. Territoriality of Psychosocial Care Network in the Municipality of Alagoinhas-BA. 119 f Thesis (MS) - Planning and Social Development, Catholic University of Salvador (UCSAL), Salvador, 2016.

ABSTRACT

From the Psychosocial Care Network that organizes the mental health care considering the network territory perspective, it evaluated the Psychosocial Care Network in Alagoinhas-BA starting in 2012 until 2015 in Network prospective Territory , which constitutes the objective of this research by identifying the points of attention, showing its operating dynamics in Psychosocial care Network based in the territory and the integration of devices in Psychosocial care Network by territoriality Psychosocial. We sought to evaluate the territoriality which is the RAPS Alagoinhas-BA, studying it as a concrete action that could serve as an evaluation tool of network dynamics with interdisciplinary vision and territorial approach for more effective professional performance. It conducted literature and field research through interviews directed to users and / or family members, professionals and managers, that through identifying the points of attention and its dynamics of operation, discussed the operation on the network and flow of people and information, analyzing the political and institutional strategies for the organization's network, including accessibility of the rural population and, finally, within the perspectives of respondents, we identified the service as required for the integration of psychosocial network resulting in the design of RAPS the municipality and its territoriality, which is the link it establishes with the Regional Psychosocial Care Network, the evaluation of RAPS in Alagoinhas-BA city from the perspective of territory and territoriality Network, allowing know the reality built through experience and interaction of people and information technology.

Keywords: Territory; territoriality; Psychosocial Care Network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Encaminhamentos mais frequentes da RAPS de Alagoinhas-BA de 2012 a 2015.	634
Figura 2 – Marcação para atendimentos psiquiátricos no ambulatório da Policlínica de Alagoinhas-BA.....	65
Figura 3 – Fluxograma de território em rede psicossocial no município de Alagoinhas-BA.....	68

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - População residente por município e sexo na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA em 2010.....	488
---	-----

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Microrregiões de Saúde da Bahia em 2012	32
Mapa 2 – Macrorregiões de Saúde da Bahia em 2007 a 2013, agora coordenadas pelos núcleos regionais-2014.....	34
Mapa 3 – Localização do município e da microrregião de saúde de Alagoinhas – BA 2012.....	44
MAPA 4 – Taxa de domicílios localizados na zona rural da microrregião de Alagoinhas – BA em 2010	477
Mapa 5 – Municípios com centros de atenção psicossocial na microrregião de Alagoinhas em 2010.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e suas responsabilidades 2011.	40
Quadro 2 – Serviços públicos disponíveis na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA em 2014.....	53
Quadro 3 – Atendimentos a RAPS nos pontos de Atenção à saúde de Alagoinhas – 2012-2015	61
Quadro 4 – Categorias e subcategorias de avaliação da Territorialidade em Rede de Atenção Psicossocial.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População total e crescimento absoluto dos municípios da microrregião de saúde de Alagoinhas-BA – 2000 e 2010.	45
Tabela 2 – População total residente conforme situação rural e urbana na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA – 2010	46
Tabela 3 – Taxa de analfabetismo por município e situação na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA em 2010.	48
Tabela 4 – Renda média domicílio per capita por município da microrregião de saúde de Alagoinhas no período de 2010	49
Tabela 5 – Número de profissionais do SUS na microrregião de saúde de Alagoinhas em 2010 e 2012-2015.....	50
Tabela 6 – Quantidade por tipo de estabelecimento públicos na microrregião de saúde de Alagoinhas, no período de 2010, 2012-2015.....	51
Tabela 7 – Procedimentos aprovados de atividades da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de 2012-2015.....	54
Tabela 8 – Procedimentos aprovados de visitas domiciliares da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de 2012-2015.....	55
Tabela 9 – Procedimentos aprovados de atendimentos individuais da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de 2012-2015.....	55
Tabela 10 – Procedimentos aprovados de acolhimentos no CAPS em Alagoinhas-BA no período de 2012-2015	55
Tabela 11 – Visitas domiciliares da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de dez-2012 a dez-2015	75
Tabela 12 – Ocupações de Nível Superior: Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiro psiquiátrico, Psicólogo Clínico, Médico Psiquiatra, Orientador Educacional, Terapeuta ocupacional no CAPS, e ambulatório em dezembro de 2015.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
APS	Atenção primária à saúde
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CIB	Comissões intergestores bipartite
CNES	Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde
CRAS	Centro de referência de assistência social
DATASUS	Departamento de informática do sistema único de saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
NOAS	Norma operacional de assistência à saúde
PDR	Plano diretor de regionalização
RAS	Redes de atenção à saúde
RAPS	Rede de atenção psicossocial
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SUS	Sistema único de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	19
2.1	TIPOS DE ESTUDO, CAMPO E SUJEITOS	19
2.2	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	21
2.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
3	CONTEXTO INSTITUCIONAL BRASILEIRO DA SAÚDE MENTAL.....	24
3.1	INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	24
3.2	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	27
3.3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	35
3.4	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	38
4	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ALAGOINHAS E MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS-BA.....	444
4.1	CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS	45
4.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE	50
5	TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE EM REDE PSICOSSOCIAL.....	57
5.1	TERRITÓRIO EM REDE PSICOSSOCIAL	57
5.1.1	Pontos de atenção da RAPS.....	59
5.1.2	Fluxos da RAPS.....	62
5.1.3	Configurando território em rede psicossocial.....	67
5.2	TERRITORIALIDADE EM REDE PSICOSSOCIAL.....	68
5.2.1	Estratégias de vinculação da RAPS	70
5.2.1.1	<i>RAPS Regional.....</i>	70
5.2.1.2	<i>Matriciamento.....</i>	72
5.2.2	Acessibilidade	73
5.2.2.1	<i>Visitas domiciliares.....</i>	73
5.2.2.2	<i>Acessibilidade rural ao serviço de saúde mental.....</i>	76
5.2.2.3	<i>Encaminhamentos.....</i>	78
5.2.3	Condições de Trabalho	79
5.2.3.1	<i>Recursos Físicos.....</i>	80
5.2.3.2	<i>Recursos Humanos.....</i>	80
5.2.4	Relação estabelecida com os desafios e possibilidades.....	82
5.2.4.1	<i>Gestores.....</i>	82
5.2.4.2	<i>Profissionais.....</i>	83
5.2.4.3	<i>Usuários.....</i>	87
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

REFERÊNCIAS	94
ANEXOS	104
ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA GESTORES E/OU COORDENADORES	104
ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS.....	106
ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS E/OU FAMILIARES	109
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	111
ANEXO E – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	114
ANEXO F – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	115
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	116

1 INTRODUÇÃO

As pessoas, acometidas por doenças mentais ao longo da história, foram vítimas da não aceitação das suas idiossincrasias. Consideradas como incapazes foram submetidas a tratamentos desumanos. As pessoas que se comportavam de forma diferenciada, incluindo agitação, eram abandonadas em prisões, junto com outros marginalizados da sociedade, como os ladrões, as prostitutas, e por tempo indeterminado (BRASIL, 2008).

No século XIX começou o movimento alienista, no qual os doentes mentais passaram a ser estudados enquanto portadores de patologias, mantendo-se o isolamento e separando “os doentes dos não doentes”. Diversas foram as formas de terapias utilizadas nos casos de tratamento de enclausuramento dos alienados – extração dos dentes, convulsioterapia, lobotomia, coma insulínico, castigos físicos, ameaças, contenção, queimaduras das genitálias com soda cáustica, indução ao vômito, sangrias, afogamento, amputação do clitóris das mulheres, esterilização masculina (AMARANTE, 1995; MATTOS, 2006).

A crítica à violência dos manicômios e a mercantilização da loucura – feita através do poder privado – surge como possibilidade de reconstrução da abordagem de tratamento sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, adotando uma rede de cuidados descentralizada, compondo um processo complexo de transformações que enfrenta desafios em seus diferentes territórios sejam eles físicos na implantação de políticas públicas, como também no território do imaginário social e de opinião pública (BRASIL, 2005b).

No dia 6 de abril de 2001 foi sancionada a Lei Federal 10.216, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental que segundo Esperidião (2013) surgiu em consonância com a referida Lei e a Portaria Federal nº 336 de fevereiro de 2002 que estabelecia as normas de funcionamento do CAPS como ordenador de entrada da pessoa com transtorno mental no SUS.

Em dezembro de 2011, foi sancionada a Lei federal n. 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, visando promover a integração entre os pontos de atenção das redes de saúde no território composta pelos componentes de atenção

básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgências e emergências, atenção residencial de caráter transitório e atenção hospitalar.

A rede de atenção psicossocial passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental promovendo um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento tendo efeitos positivos também na cidadania brasileira (TENÓRIO, 2002).

Na sociedade contemporânea, duas abordagens teóricas indicam mudanças paradigmáticas: a de redes e a territorial. A de redes fundamenta a concepção institucional de Rede de Assistência Psicossocial, e a territorial compõe o discurso do desenvolvimento governamental brasileiro desde o início deste século XXI, constituindo ambientes institucionais de operacionalização de políticas públicas.

“Estamos em um momento em que o mundo se experimenta, acredito, menos como uma grande via que se desenvolveria através dos tempos do que como uma rede que religa pontos e que entrecruza sua trama” (FOUCAULT, 2001, p. 411)¹

Dentre as diversas compreensões teóricas sobre território, assumiu-se nesta pesquisa, o território enquanto espaço em que se constrói e não apenas um controle físico, mas também laços de identidade territorial que, explicado de modo composto com a noção de redes, possibilita compreender-se as articulações de territorialidades bem como suas estruturações internas (HAESBAERT, 2002).

[...] Mais recentemente, nas sociedades “de controle” ou “pós-modernas” vigora o controle da mobilidade, dos fluxos (redes) e, conseqüentemente, das conexões – o território passa então, gradativamente, de um território mais “zonal” ou de controle de áreas para um “território-rede” ou de controle de redes. Aí, o movimento ou a mobilidade passa a ser um elemento fundamental na construção do território (HAESBAERT, 2004, p.5).

Desse modo, a construção e o controle de conexões e rede (fluxos) de pessoas e informações, bem como a identificação de grupos tornam-se elementos fundamentais para a construção do território em rede.

¹ Foucault aborda o espaço como uma experiência do “entrecruzamento fatal entre o tempo e o espaço” (p. 412), em um conjunto de lugares e suas relações. Assim, uma determinada época do espaço se concretiza nas relações de posicionamento.

O estudo de Foucault tem grande influência nesta pesquisa, pois a época pesquisada – após a implementação da portaria 3.088/2011 – é avaliada de acordo com as relações de posicionamento na Rede de Atenção Psicossocial.

Entretanto, estão assumidas na pesquisa ora realizada, as relações de identidade e de fluxos de pessoas e informações conforme Haesbaert para a avaliação da RAPS de Alagoinhas.

Assim é que, ao situar-se teórica e institucionalmente como tema de pesquisa, a inquietação pelos desafios de conhecer a cobertura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), questionou-se a partir da perspectiva de território em rede, qual a territorialidade com que se constitui a Rede de Atenção Psicossocial de Alagoinhas-BA?

Não se trata apenas de teorizar sobre as inovações em saúde, mas de investigar a inovação enquanto ação concreta que tem no respeito ao indivíduo a relevância da inovação, o que requer mais do que logística operacional em rede, e que a abordagem territorial oferece elementos para avaliar tendo em vista o conteúdo identitário na configuração dos territórios.

Escolher Alagoinhas como objeto empírico da pesquisa emergiu das evidências explicitadas em discussões realizadas no Curso de Especialização em Saúde Mental, – feito em Alagoinhas – que congregava discentes residentes em municípios diversos e pertencentes à microrregião de Alagoinhas, e que, na ocasião, atuavam na mesma rede de saúde. Todos demonstravam dificuldades na atuação do serviço de saúde mental de seu respectivo território. Há quatro anos como profissional da área, esta autora pôde constatar as dificuldades enfrentadas pelos responsáveis dos pontos de atenção, pertencentes à RAPS, ao exercer suas atividades.

O período escolhido para a análise abrange os anos entre 2012 e 2015, período que sob a norma oficial instituiu a Rede de Atenção Psicossocial em de 23 de dezembro de 2011. O período abordado permitirá uma avaliação pioneira da atuação dos profissionais, levantando as principais questões que impedem, dificultam ou facilitam o exercício dos trabalhos de atendimento aos doentes mentais, configurando sua dinâmica, para a qual a interdisciplinaridade na abordagem territorial poderá subsidiar uma atuação profissional mais efetiva.

Avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas-BA no período de 2012 a 2015 na perspectiva Rede em Território, constitui-se, portanto, no objetivo geral desta pesquisa, com os seguintes objetivos específicos:

a) Identificar os pontos de atenção, apontando sua dinâmica de funcionamento em rede de atenção psicossocial com base no território; e

b) Identificar os dispositivos de integração na rede de atenção psicossocial através da territorialidade psicossocial.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, cuja exposição vai do geral ao particular; em seguida, parte do contexto institucional brasileiro da saúde mental e chega ao local da pesquisa caracterizando sua demografia, socioeconomia e saúde na escala da unidade de planejamento da microrregião de saúde do município de Alagoinhas-Ba. O momento de maior densidade é o Capítulo 5 onde é caracterizado e avaliado o serviço de atenção psicossocial em Alagoinhas, na perspectiva de território e territorialidade em rede; daí emerge o território em rede psicossocial e em seguida sistematizam-se as considerações finais.

2 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

2.1 TIPOS DE ESTUDO, CAMPO E SUJEITOS

Trata-se de uma pesquisa com procedimentos qualitativos e quantitativos. O método de abordagem é o de análise e síntese escolhido devido à complexidade de informações objetivas e subjetivas levantadas ao longo da pesquisa, que precisaram ser decompostas pela análise e posteriormente reconstituídas para processar a síntese do diagnóstico situacional da rede e assim pontuar as medidas que venham a aprimorar o respectivo serviço de saúde estudado.

A abordagem de análise e síntese é qualitativa interdisciplinar e está teoricamente fundamentada pela abordagem territorial que possibilita uma avaliação multidimensional da eficácia de atuação profissional que está situada em um nó da Rede que é multiescalar.²

Avaliando as ações dos gestores municipais assim como dos profissionais atuantes nos pontos de atenção identificados, além da percepção dos usuários, buscou-se informações através de entrevistas, com questionários semiestruturados considerando um roteiro de questões norteadoras sobre a Rede de Atenção Psicossocial, nos pontos de atenção à saúde, facilitando a percepção da realidade vivida, além de evitar vieses que afastassem o propósito principal da pesquisa, direcionados aos usuários e/ou seus familiares, profissionais e gestores. Os entrevistados foram esclarecidos sobre a finalidade da pesquisa, alertando para o uso das informações, após solicitação de documento que permitisse a sua reprodução, no contexto em que foram firmadas assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido.

O campo de estudo desta pesquisa é a Rede de Atenção Psicossocial do município de Alagoinhas-BA, da qual foram selecionadas duas unidades básicas de saúde, uma de cada amostragem, por conglomerados de dois grupos denominados zona rural e zona urbana, e as unidades básicas das respectivas áreas foram

² A escala, conforme Brandão (2004), “é uma resolução geográfica de processos sociais”, sendo solidificada pelas materializações espaciais e processos sociais. Neste sentido, estratégias multiescalares devem buscar a escala de observação em que se pretende intervir e enfrentar o debate das outras escalas que decidem politicamente a realidade de estratégias de desenvolvimento.

selecionadas através de amostra aleatória simples. Quanto à atenção psicossocial especializada do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – atenção de urgência e emergência, SAMU e atenção hospitalar – existe apenas uma unidade por setor no município de Alagoinhas e, por isso, estes últimos não precisaram de método para escolha.

Foram identificados os pontos de atenção à saúde através de siglas: (ABU) Atenção Básica localizada na Zona Urbana e (ABR) Atenção Básica localizada na Zona Rural; (SAMU) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; (AMB) Ambulatório de Psiquiatria; e (CAPS) Centro de Atenção Psicossocial.

Dentre os serviços de saúde escolhidos primordialmente conforme existência no município seguindo a portaria 3.088/2011, não foram incluídos na pesquisa os pontos intersetoriais, pois seriam identificados conforme entrevistas. Mas, apenas os pontos de atenção à saúde previstos na portaria 3.088/2011 e identificados no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O Hospital Regional do município não foi incluído na pesquisa de campo, porque encontrava-se em processo de troca de gestão modificando uma parcela considerável de funcionários, dificultando assim o acesso para as autorizações, bem como o relato de experiência nos anos de recorte da pesquisa.

No total foram 25 entrevistados, de modo a garantir a qualidade da pesquisa qualitativa, sendo 08 profissionais de saúde, 15 usuários ou familiares e 02 coordenadores da Rede de Atenção Psicossocial de Alagoinhas-BA.

Adotou-se a oferta dos serviços, como critério de inclusão de informantes institucionais, e a demanda pelo serviço, como critério de inclusão de informantes sujeitos individuais e familiares. Como decorrência desse critério foram excluídos quaisquer informantes que não estivessem vinculados como ofertantes ou demandantes do sistema, sendo assim escolhidos e identificados:

- Os gestores, conforme influência e experiência de articulação na rede psicossocial direta, e articulação direta entre os pontos da rede de saúde identificados na ordem de entrevistas como “GESTOR 01” e “GESTOR 02”.

- Os profissionais entrevistados, por estarem presentes nas unidades selecionadas conforme o dia agendado, estão identificados apenas como

(PROFISSIONAL) a sigla da unidade em que atuam e a numeração conforme ordem de entrevistas – “PROFISSIONAL ABU 01” – servindo como instrumento de avaliação da dinâmica da rede de atenção psicossocial.

- Os usuários ou familiares foram entrevistados individualmente conforme agendado no ambulatório no dia de atendimento psiquiátrico, atenção básica conforme visita aleatória, e no CAPS III. E foram identificados como: “USUÁRIO/FAMILIAR 01 A 15”.

2.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os aspectos legais de pesquisa em saúde, regulamentados pela Resolução nº466, de 12 de dezembro do ano 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, foram rigorosamente observados. Submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador, obteve parecer aprovado por meio da Plataforma Brasil (Anexo G).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. Foram garantidos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética tais como a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, o sigilo de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo ao entrevistado; com isso foram assegurados os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Entre os direitos, foi disponibilizado, mas não necessário de ser usado, o devido atendimento por psicólogo e indenização, como assegura a legislação que se aplica ao fato. Essas garantias seriam aplicadas em caso de desconforto comprovado e exposição para o entrevistado a algum risco referente ao estudo, a exemplo de constrangimento motivado pelo desconforto resultante da utilização da entrevista. O risco foi então classificado como mínimo, para o entrevistado, tendo em vista que não houve influência intencional nas variáveis psicológicas ou fisiológicas e sociais desses participantes. Além disso, não há nenhum custo ou benefício financeiro para os sujeitos da pesquisa.

Quanto aos benefícios, pode-se afirmar que o possível benefício desta pesquisa é, em nível institucional, apontar e sugerir medidas que aprimorem o serviço de atenção psicossocial, além de identificar possíveis limites e perspectivas.

O levantamento de dados secundários, para os dados qualitativos. Inicialmente foram selecionados os autores conforme a contextualização da abordagem da dissertação, indicados pelos professores do mestrado ao longo das disciplinas; e os quantitativos relativos a indicadores e condições de saúde da população, identificada em função de foi realizado em informações epidemiológicas, realizada disponibilizadas em bancos de dados oficiais. A base de dados utilizada foi IBGE, relativos relativa ao último censo realizado em 2010 para dados sociodemográficos; e, para os dados dos serviços de saúde, a base foi o site do DATASUS e CNES para o período de 2012 a 2015. Para os dados qualitativos, inicialmente foram selecionados os autores conforme a contextualização da abordagem da dissertação, indicados pelos professores do mestrado ao longo das disciplinas; em seguida analisados e sintetizados conforme os capítulos da respectiva dissertação.

O levantamento de dados primários foi realizado mediante pesquisa de campo com questionários semiestruturados, atendendo à complexidade das informações subjetivas deste estudo.

As perguntas elaboradas foram relativas à identificação dos pontos de atenção e sua dinâmica de funcionamento com questões relacionadas às respectivas unidades, atuação na rede e fluxo de pessoas e informações; análise das estratégias político-institucionais para a organização da rede, incluindo a acessibilidade da população rural; e por último, dentro das perspectivas dos entrevistados, identificação dos dispositivos de atendimento necessários para integração da rede psicossocial.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os gestores e profissionais, embora parte das entrevistas aos usuários tenha sido realizada em grupo focal – a pedido deles mesmos.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas.

2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas gravadas, garantindo desse modo a fidedignidade aos dados, os registros gravados encontram-se devidamente guardados, sob responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações.

Para os dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo. *“As diferentes fases da análise de conteúdo, organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) a pré análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”* (BARDIN, 1977 p. 95).

O método de tem por finalidade para a descrição objetiva do conteúdo das comunicações, cumprindo-se as desenvolvendo-se em três fases estabelecidas, a saber: Pré-análise, compreendendo a fase de organização, sendo realizada a leitura de todo o material; para a execução da segunda fase que é a exploração do material envolvendo recorte, enumeração e classificação das categorias conforme conteúdo das perguntas e das respostas (BARDIN, 1977; GIL, 2008).

Estabeleceu-se as categorias para o território em rede, foram duas : “Identificação dos pontos da saúde na RAPS” e “Fluxos da RAPS” para a configuração da rede no território psicossocial. Para Já as categorizações de Territorialidade, as categorias foram 4: “Estratégias de vinculação da RAPS”, “Acessibilidade”, “Condições de trabalho” e “Territorialidade em Rede Psicossocial: relação estabelecida com os desafios e possibilidades”; as subcategorias foram 10, podendo ser visualizadas no Quadro 4, à página 71.

E a terceira e última fase foi o tratamento dos dados. Para o tratamento dos dados foram comparadas as respostas dos diferentes sujeitos da pesquisa, a partir de das categorias territoriais e interpretada donde interpretou-se para a descrição da rede no território construído e descreveu-se através das categorias de territorialidade, a como relação dos entrevistados com a rede em suas indagações e sugestões de aprimoramento da RAPS.

3 CONTEXTO INSTITUCIONAL BRASILEIRO DA SAÚDE MENTAL

3.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O início da intervenção do estado em políticas de saúde foi caracterizado nos séculos XVIII e XIX, através das conquistas de alguns direitos sociais pelas classes trabalhadoras mediadas pela interferência estatal, no seu papel de manutenção da ordem social capitalista e de mediação das relações entre as classes sociais. A interferência foi aprofundada no início do século XX com a elaboração de políticas para o setor (BRAVO, 2000).

Segundo Reis, Araújo e Cecílio (2006), contextualizado no processo de crescimento urbano em 1923 foi criada a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) legalizando as iniciativas dos trabalhadores da época, que garantia pensão em caso de acidentes ou doenças e aposentadoria. Posteriormente em 1932, foram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) caracterizados por serviços próprios por meio do setor privado, mantidos até a criação do Instituto Nacional de Previdência Social. Concretizou-se, assim, um modelo assistencial hospitalocêntrico que, em 1977 com a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – tornando-se o grande órgão governamental prestador da assistência médica.

A abordagem que dava ênfase à atenção primária iniciou em 1982 com o Programa de Ações Integradas de Saúde, sendo a porta de entrada, visando à integração e priorização da rede pública de saúde com a complementação da rede privada, utilizando os sistemas de referência e contra referência de forma regionalizada e hierarquizada (REIS, ARAÚJO E CECÍLIO, 2006).

Em agosto de 1977, a 6ª Conferência Nacional de Saúde, com o decreto nº 79.318/77, dentre os temas abordados, direcionou à análise do controle de endemias, o Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass), já anunciando legitimar a participação da população nos processos decisórios. A 7ª Conferência Nacional de Saúde discutiu “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos” (BRASIL, 2009, p.14) – a última realizada no

regime militar – sendo concretizada apenas após a redemocratização do país. (BRASIL, 2009).

O Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, que dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS tinha como principais diretrizes: “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários”.

Segundo o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, consagrou-se uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado.

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribuindo à sua direção nacional a responsabilidade por “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”.

A referida Lei dedica o seu Capítulo III ao planejamento e orçamento, em cujo primeiro artigo é estabelecido o processo de planejamento e orçamento do SUS, que

“será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União” (BRASIL, 1990).

Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade e dessa forma seguiriam os mesmos princípios e as mesmas normas que seriam dadas às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No mesmo ano da criação do SUS, a Lei Nº 8.142/90, em seu Art. 4º, estabelece entre os requisitos para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde, que os municípios, estados e o Distrito Federal devem contar com plano de saúde e relatório de gestão. Para realizar o acompanhamento dos recursos repassados através do sistema de auditoria do Ministério da saúde, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Os Conselhos de Saúde conferem legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), proporcionando a participação popular e aproximando os usuários do sistema ao processo decisório.

Destacam-se também as Portarias Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto pela saúde em 2006, e de Nº 699, de 30 de março do mesmo ano que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão. O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, sendo que no pacto de gestão os seus eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde.

O Pacto estabelece pontos prioritários de pactuação para o planejamento, que são:

“a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo; a institucionalização e o fortalecimento do PlanejaSUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS”. (BRASIL, 2006a).

Mendes (2011) reflete o SUS como proposta de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira. É um experimento social com avanços inquestionáveis, mas com muitos desafios a superar, tornando-se imprescindível incremento dos recursos públicos com reformas profundas. Ainda segundo o autor, essas reformas devem estar fundamentadas na coerência entre as condições de saúde e o sistema de atenção à saúde, através da geração de valor para as pessoas usuárias, estabelecendo uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde.

Tendo em vista as mudanças das práticas de saúde no sentido de alcançar um sistema integral, contemplando o direito à saúde, a integralidade deve ser o princípio norteador de um sistema de saúde regionalizado. E nesse caso, os governantes de saúde da região precisariam dar atenção ao nível institucional, à organização, à articulação dos serviços de saúde e aos níveis das práticas dos profissionais de saúde (SILVA, GOMES, 2014).

Esses indicativos para aperfeiçoamento do sistema SUS evidenciam a importância da escala local como instância operacional fundamental para eficácia, tendo em vista que é nessa escala que se implantam os nós da rede em que interagem as práticas profissionais e a as especificidades das pessoas usuárias. A compreensão da dinâmica do desenvolvimento como multi e interescalar (BRANDÃO, 2004) explica a integração em “via de mão dupla”, da escala federal à municipal ora mediada pela escala regional, ora agregando escalas locais em escala regional.

3.2 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A condição de política do SUS requer que se proceda à sua espacialização como condição de estabelecer procedimentos de logística para fazer funcionar os seus fluxos entre as escalas, mas também de competências para identificar atribuições decorrentes da descentralização.

A organização regional tem como objetivo integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização (MENDES, 2011).

O entendimento da dinâmica desse sistema de saúde tem se dado pela associação da espacialização geográfica à compreensão do processo de planejamento em saúde com base no conhecimento epidemiológico construído ao longo da história do SUS, associação esta que permite identificar a perspectiva de organização dos serviços oferecidos.

Duarte *et al.* (2015) traz em seu artigo essa reflexão dividindo o processo de regionalização em dois momentos:

Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de se organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, ou seja, conseguir atingir os objetivos do SUS de universalização, integralidade e equidade com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há, ainda, outro processo implícito de regionalização, ou melhor, criação de regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população vivendo em determinados espaço e tempo.” (DUARTE *et al.*, 2015, p. 477).

Segundo Viana *et al* (2008) desde que o Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde.

A democratização dos anos de 1980 favorece a crítica ao modelo centralizador e autoritário de condução das políticas públicas, e a descentralização, posteriormente na primeira metade da década de 1990 e caracteriza-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal, apoiado pelo maior aporte de recursos para os entes municipais, definido pela Carta de 1988, e a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 01/93) que contribuiu para a organização dos sistemas locais de saúde. Contudo, embora fundamental para o funcionamento do sistema, o processo redistributivo por meio das transferências *per capita* só foi inaugurado através da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), por programas como o Piso de Atenção Básica – PAB, fixo e variável, e incentivos para a adoção do Programa Saúde da Família – PSF. A alocação de recursos financeiros explicitou especificidades regionais na medida em que essas novas normativas do financiamento favoreceram as regiões Norte e Nordeste, justamente as mais empobrecidas do país e com grandes dificuldades na condução das políticas de saúde (LIMA, 2006).

Nos anos 2000, a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS, nas versões 01/2001 e 01/2002, enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada, sobretudo, na distribuição e organização dos serviços no território, havendo um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos Estados, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização – PDR e a esse Plano vinculam-se ainda o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação

Pactuada Integrada – PPI, e em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a).

O contexto governamental em que se dá a regionalização tem na metodologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, os fundamentos de espacialização das políticas públicas, atribuindo diferentes escalas regionais (micro, macro, meso). Com essa referência, a implantação dos sistemas microrregionais de serviços de saúde iniciou-se em 1999, com o projeto piloto da microrregião de Baturité que tinha aproximadamente 130 mil habitantes e era composta por 8 municípios. Este processo fez-se através de um curso de gestão de sistemas microrregionais de serviços de saúde, auspiciado pela Escola de Saúde Pública, e desenvolvido, na microrregião, através de atividades educacionais presenciais e de dispersão. Emerge então o conceito de microrregião como espaço geográfico composto por um conjunto de municípios, formada em conformidade com um processo espontâneo e natural de integração e interdependência, com capacidade de gestão unificada e com capacidade de gerar soluções para problemas comuns na área de saúde, através de uma metodologia de fluxos assistenciais. O estado do Ceará composto por 184 municípios foi dividido em 21 microrregiões que deveriam dar autossuficiência na atenção secundária e 3 macrorregiões na atenção terciária. E esta concepção de sistema integrado foi motivo de discussão e formulação conceitual; trata-se de uma proposta sistemática de redes de atenção à saúde, sob a forma dos sistemas integrados de saúde, colocada como dilema microeconômico entre a fragmentação e a integração do SUS (MENDES, 2001 e 2007).

Segundo Santos (2013), Somente no início dos anos 2000 foram estabelecidas as estratégias de normatização para constituição de redes regionalizadas de saúde por meio da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), atualizando o tema regionalização na agenda dos gestores do SUS, além de resgatar o papel dos estados na condução desse processo, mas tendo as prioridades da população, em cada município, como princípios organizadores da oferta dos serviços de referência. Os documentos do Pacto orientam para a constituição de Regiões de Saúde tendo como ponto de partida o PDR, mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora, integrando os serviços e

coordenando os cuidados através das estratégias de descentralização, regionalização e integralidade.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado em rede regionalizada é uma forma de organização do trabalho para produção do cuidado em saúde, ou seja, a operacionalização de um dado modelo de atenção à saúde. É uma ação política, porquanto se refere ao ato de governar pessoas, organizações e instituições, ou seja, confunde-se com o exercício do poder. É uma ação técnica, pois incorpora e opera tecnologias para organizar os serviços de saúde e lidar com situações concretas do processo saúde-doença. É uma ação ética, uma vez que a prática em saúde se dá no encontro entre sujeitos, requerendo uma tomada de posição em ato, mediada pela intersubjetividade no encontro entre trabalhador de saúde e usuário do serviço. Sendo assim, a gestão do cuidado resulta de responsabilidades compartilhadas nas dimensões sistêmica, organizacional e profissional (SANTOS, 2013, p. 56).

Apreende-se que, embora a espacialização esteja respaldada na definição geográfica de região ou região geográfica, o processo de regionalização do sistema de saúde assenta-se numa definição de regiões de saúde que devem ser baseadas em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar as RAS a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 e MENDES, 2011).

As áreas de atuação utilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm caráter administrativo, gerencial econômico ou político, o que possibilita ser compreendida também com outro fundamento teórico, aquele que afirma a existência de redes de relacionamento humano (GIDDENS, 1989), que segundo o autor envolvem distintos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados.

De todo modo, o estabelecimento deste sistema de saúde é bastante complexo, pois implica a construção conjunta de um planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e financiamento da rede de serviços de saúde, em um processo contínuo de negociações de toda natureza.

Entre as múltiplas escalas do sistema SUS, a regionalização envolve no contexto municipal, distritos e regiões de saúde em desenhos intramunicipais e intermunicipais além de regiões de saúde fronteiriças, passíveis de serem administradas em regime de cogestão (SILVA, GOMES, 2014) que na ação governamental territorial corresponderia à gestão pelos Colegiados Territoriais.

A denominação e o funcionamento do colegiado devem ser acordados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB – em muitos estados esses colegiados são denominados de CIB Macrorregional, nas macrorregiões sanitárias e de CIB Microrregional, nas microrregiões sanitárias. Em meio a essas diversas institucionalidades, os consórcios, em especial os consórcios intermunicipais de Saúde, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde, que tem como objetivo capacitar os gerentes de consórcios a exercitar a prestação, efetiva e eficiente, de serviços regionais como, por exemplo, a prestação de serviços de atenção secundária ambulatorial, de sistemas regionais de patologia clínica, de sistemas regionais de transporte em saúde etc. (MENDES, 2011).

Um sistema regionalizado ainda deve ser capaz de articular os vários campos de atenção à saúde de forma integrada, pois “[...] o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais.” (GUIMARÃES e GIOVANELLA, 2004, p. 287).

Segundo Mendes (2011) há dois desenhos possíveis: o de um ente desconcentrado para cada microrregião sanitária, ou de um ente desconcentrado recortado por mais de uma microrregião sanitária. Os colegiados regionais devem dispor de estruturas de apoio técnico, em áreas temáticas prioritárias segundo o plano regional, as câmaras ou comitês técnicos. Segundo o autor, é preciso ter presente que a governança plena de uma RAS só se obtém no espaço macrorregional porque, só aí, se apresenta o conjunto de pontos de atenção à saúde e de sistemas de apoio. Nesse sentido, é fundamental que haja, nos Colegiados ou CIBs Macrorregionais, como órgão assessor de gestão da RAS, um Comitê de Gestão de cada rede temática com participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e dos prestadores mais relevantes.

A evolução do processo de regionalização da saúde tem provocado releituras teóricas sobre o que seria região, considerando sua matriz interpretativa advinda da

geografia. É o que se apreende da afirmação de que os gestores de saúde precisam ampliar e compatibilizar o conhecimento epidemiológico para o desenvolvimento das ações de saúde. Dessa forma, tem-se que considerar os fluxos da região como um todo para organizar uma Rede de Atenção à Saúde regionalizada (SILVA, GOMES, 2014).

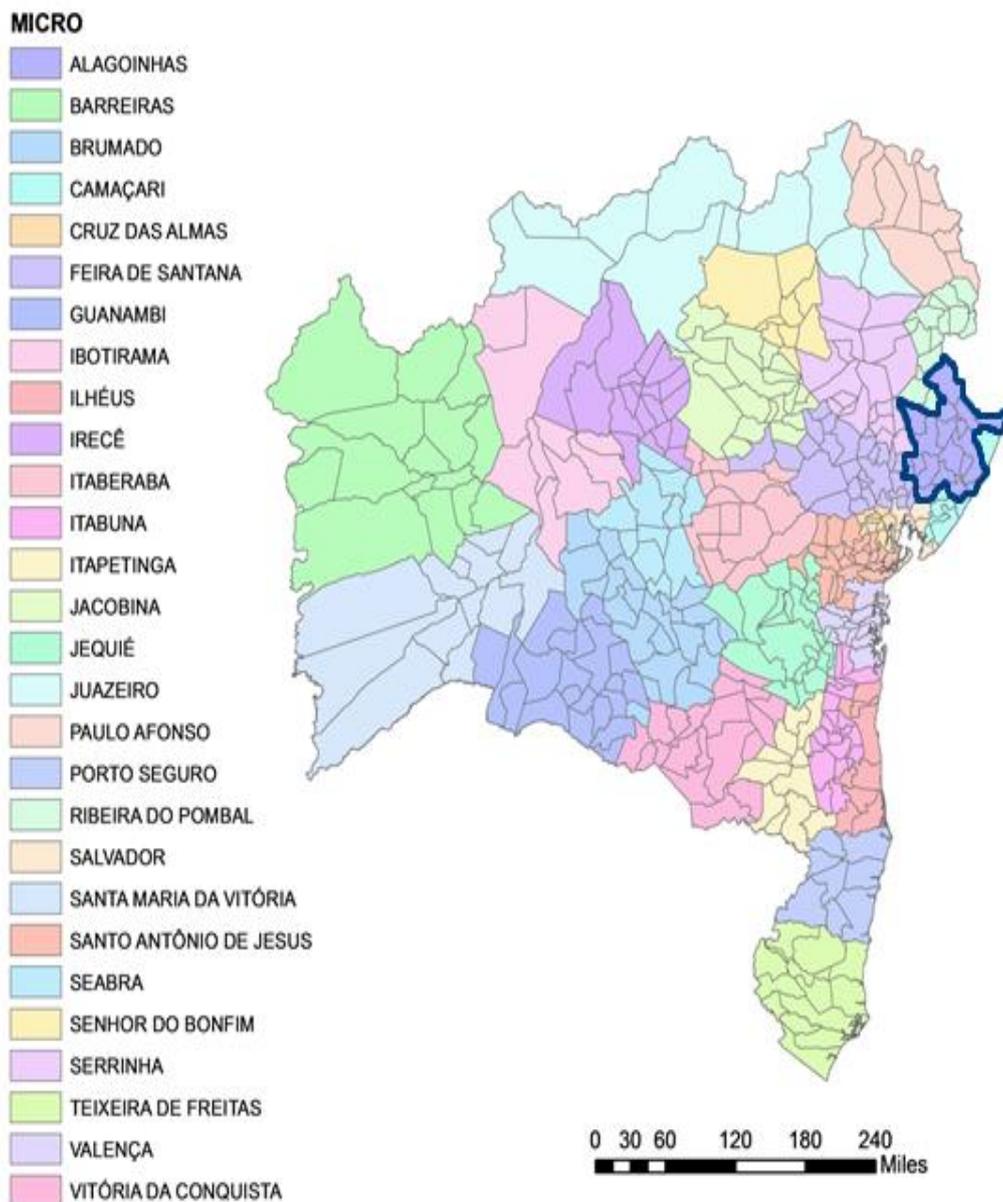
A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS) nº 01/2001 definiu as regiões de saúde como a base territorial de planejamento da saúde, que não é necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, definida pela Secretaria de Estado da Saúde, considerando as características populacionais de saúde, a oferta de serviços e relação entre os municípios, pode ser dividida entre regiões ou microrregiões.

O Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011, no Capítulo I, Art. 2º considera a Região de Saúde como

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011)

Na Bahia, a portaria nº275/2012 reconhece as 28 (vinte e oito) microrregiões de saúde na Bahia definidas pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR 2007, ilustrado no Mapa 1, nomeadas como microrregiões de saúde de Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeiro do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

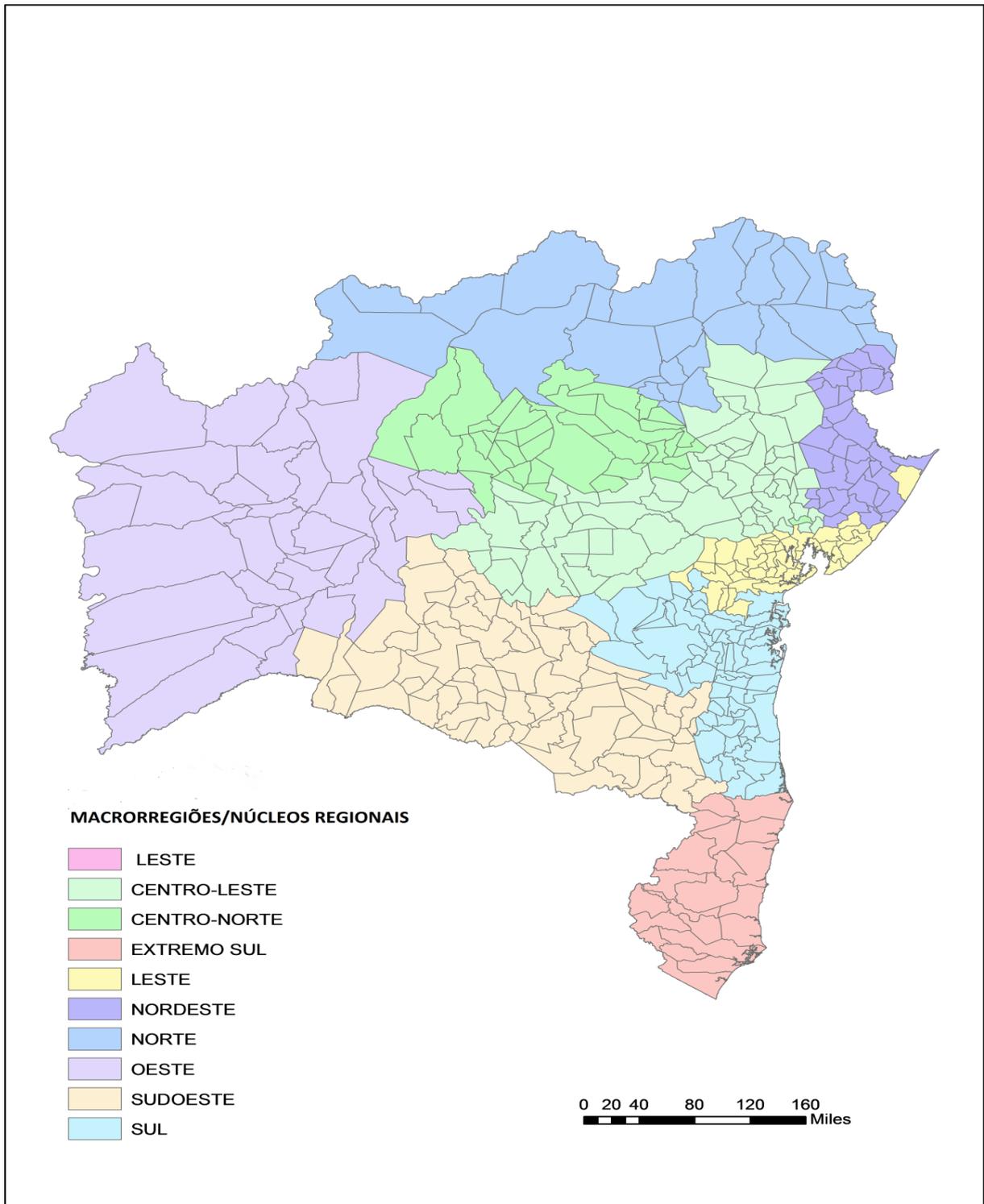
Mapa 1 – Microrregiões de Saúde da Bahia em 2012



Fonte: Portaria nº275/2012. Elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

As microrregiões pertencem às nove macrorregiões de saúde estabelecidas pelo mesmo planejamento diretor regional (Mapa 2), nomeadas como Macrorregião Leste, Centro-leste, Centro-norte, Estremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudeste e Sul.

Mapa 2 - Macrorregiões de saúde da Bahia em 2007 a 2013, agora coordenadas pelos núcleos regionais-2014.



Fonte: Resolução CIB nº 275 de 15/08/2012; e Lei13.204 de 11 de dezembro de 2014. Elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Conforme a lei 13.204 de 11 de dezembro de 2014, modifica-se a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual no art. 13:

§ 2º Ficam extintas as Diretorias Regionais de Saúde DARES e criados os Núcleos Regionais de Saúde NRS, com a finalidade de acompanhar as atividades de regulação e de vigilância sanitária, bem como as ações relativas à Coordenação de Monitoramento de Prestação de Serviços de Saúde, à Central de Aquisições e Contratações da Saúde e à Corregedoria da Saúde, contribuindo para o fortalecimento da gestão junto aos Municípios.

As macrorregiões agora coordenadas pelos Núcleos Regionais de Saúde, extingue as DARES nas microrregiões, mas o planejamento continua microrregional, denominadas, Núcleo Regional de Saúde Leste – Salvador; Núcleo Regional de Saúde Centro Leste – Feira de Santana; Núcleo de Saúde Nordeste – Alagoinhas; Núcleo Regional de Saúde Sul – Ilhéus; Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul – Teixeira de Freitas; Núcleo Regional de Saúde Norte – Juazeiro; Núcleo Regional de Saúde Centro Norte – Jacobina; Núcleo Regional de Saúde Sudoeste – Vitória da Conquista e Núcleo Regional de Saúde Oeste – Barreiras.

O Capítulo II, do decreto 7.508/11, dispõe que para a região de saúde ser instituída, são necessárias as seguintes ações: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

Todavia, foram realizadas visitas a antiga DARES, atual Núcleo Regional de Saúde em busca de informações sobre o planejamento regional psicossocial, entretanto, a informação obtida é que ainda não existe um planejamento em saúde psicossocial regionalizado concluído. A respectiva confirmação e as medidas adotadas para a sua construção estão descritas na página 71, na subcategoria “RAPS Regional”.

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil, o tema tem sido tratado, recentemente, mas com uma evolução crescente, sem falar explicitamente das RAS (Redes de Atenção à Saúde), mencionando movimentos imprescindíveis à sua concretização sob a forma de uma reengenharia do sistema de atenção à saúde.

A Rede de Atenção à Saúde pode ser definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas

por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado ao usuário do SUS. Sendo que o seu objetivo é *“promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A rede constitui um padrão de interação, mas também uma forma pela qual o serviço de saúde é planejado, concebido, produzido e oferecido a uma população carente e com demandas exigentes de serviços de saúde de qualidade. Avaliações do funcionamento da rede concluem que um dos grandes desafios de organizar uma rede de saúde está em estabelecer modalidades de gerências capazes de articular os objetivos comuns. E é imprescindível identificar aptidões essenciais para a gerência em rede, a descoberta de pessoas e recursos necessários para alcançar os objetivos da rede, em seguida, criar compromissos comuns entre os integrantes da rede; e, por fim, desenvolver um ambiente que incentive a integração. Portanto, a identificação desses comportamentos é, de fato, a base de um cotidiano operacional *“em rede”*, mas é insuficiente para estabelecer modalidades de gerência aptas a exercerem objetivos integrados (SILVA, GOMES, 2014).

As redes, explicadas no contexto contemporâneo da sociedade em redes são novas formas de organização social, intensivas em tecnologias de informação e baseadas na cooperação entre as unidades dotadas de autonomia, compartilhando objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e o intercâmbio constante de recursos. O espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares de trocas que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede, que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da rede e que são os nós da rede (CASTELLS, 2000).

A referida teoria das sociedades em rede, de Manuel Castells, dá centralidade à dinâmica sociológica de otimização da comunicação para os elementos que estão integrados à rede, o que evidencia que dela da qual ficam excluídos os que não estão integrados, sem que isso signifique uma escolha por não fazer parte da rede. A RAS definiria as ofertas de serviços de saúde de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos

focalizando em doenças, riscos e populações específicas com serviços individuais e coletivos. A atenção Primária à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção é porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, tendo uma atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em conta a diversidade da população, visando estratégias nas organizações que compõem a região de saúde com objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Mendes (2002) afirma que a atenção primária à saúde deve cumprir, nas redes de atenção à saúde, três funções: a função de resolução, a função de coordenação e a função de responsabilização. A função de resolução, intrínseca à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a função de coordenação, relacionada ao desempenho do papel de centro de comunicação, consiste em organizar os fluxos e contra fluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e a função de responsabilização consiste em corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Segundo Mendes (2011), os pontos de atenção à saúde são equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, que estruturam as redes de atenção à saúde.

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde é constituído pela APS (Unidade de APS ou equipe do PSF). Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, especialmente os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articula-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (média complexidade) – e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (alta complexidade) (MENDES, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial faz parte da Rede de Atenção à Saúde – RAS – utilizando seus pontos de atenção, Alagoinhas por ser um município de referência na microrregião, e no núcleo regional (antiga macrorregião), possui acesso aos pontos de atenção em seus diferentes níveis de complexidade.

3.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil até o século XVIII, as pessoas que eram acometidas por adoecimento mental e que viviam nas ruas eram recolhidas às prisões, as diferenças sociais e econômicas caracterizavam a forma de lidar com a loucura, pois os demais eram confinados em cômodos-prisões nos fundos das suas casas, e depois enviados à Europa (OLIVEIRA, 2000).

A institucionalização da psiquiatria brasileira assentou-se como um atendimento social, e assim surgiram as primeiras Santas Casas; a primeira, em Santos, em 1543, onde os doentes mentais eram recolhidos nos porões desses espaços, mas sem tratamento algum e caracterizado por castigos físicos. Aumentaram as queixas por maus tratos sofridos por essa população, sendo criado o Hospício Pedro II, e então se iniciou a criação de diversos hospitais públicos pelo país, mantendo o asilamento e ainda com tratamento desumano (CARVALHO, 2012).

No Brasil, no início do século XX, Juliano Moreira, propôs fundamentos para um sistema psiquiátrico mais humanizado. O ensino da psiquiatria começou em 1883, mas só se tornou autônoma em 1912 com grande aumento de estabelecimentos destinados aos doentes mentais em todo o Brasil (DEVERA; COSTA, 2007).

A reforma psiquiátrica se apresentou como uma trajetória alternativa, sustentada pelos movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que começaram a demandar serviços e melhorias de condições de vida, uma vez que denunciavam práticas violentas e negligentes, falta de infraestrutura, controle social e psicopatologização do social, discrepância entre a psiquiatria para ricos e pobres, além de mobilizar projetos alternativos ao modelo asilar dominante (NASCIMENTO; CARVALHO, 2009).

Em Alagoinhas-BA, no período de 1982 a 1999, havia um serviço de internação psiquiátrica anexo ao hospital Regional Dantas Bião, com modelo asilar e sem condições mínimas de tratamento humanizado, que foi interditado em setembro de 1999. Após a interdição, parte da demanda foi encaminhada à internação em Hospitais Psiquiátricos e os demais ficaram sem assistência especializada (OLIVEIRA, 2016).

A Lei 10.216/2001 aprovada pelo Congresso Nacional garante ao usuário em sofrimento psíquico, o tratamento com respeito, no local onde vive.

Por conta disso, em abril do ano de 2001, a Gestão Municipal da época contratou uma Equipe de Referência em Saúde Mental composta por um médico psiquiatra, um psicólogo, uma assistente social, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem que, em caráter emergencial, implantou um Ambulatório de Saúde Mental que desenvolvia, dentre outras, as seguintes atividades: atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e busca ativa dos egressos de internação no antigo Anexo Psiquiátrico via integração com o Programa de Saúde da Família (PSF). O Ambulatório também dispensava as medicações psiquiátricas (OLIVEIRA, 2016, p.14).

Em consonância, no mesmo ano, a terceira Conferência de Saúde Mental perpetua a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, pela superação do hospital psiquiátrico e integrados à rede de Saúde, garantindo a territorialização do acesso (BRASIL, 2007b).

Segundo o Ministério da Saúde (2005b), os principais desafios da reforma psiquiátrica englobam a acessibilidade e equidade, que também são desafios do SUS, acrescentando a formação de recursos humanos que sejam capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura, necessitando de um debate cultural constante sobre o estigma, inclusão social, superação do valor atribuído ao modelo hospitalocêntrico e o papel dos meios de comunicação.

A reforma psiquiátrica possibilitou a criação de serviços capazes de ser uma referência de cuidados integrais, a rede de atenção psicossocial passa a designar um novo paradigma de cuidados em saúde mental promovendo um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento tendo efeitos positivos também na cidadania brasileira (TENÓRIO, 2002).

E, em dezembro de 2011, a lei 3.088 que 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, e vem com o intuito de promover cuidados aos grupos vulneráveis, mas também prevenir e reduzir danos do consumo de drogas, promove a reabilitação e reinserção dos usuários, preocupado com a formação permanente dos profissionais de saúde, e desenvolvendo ações também intersetoriais, regularizando os fluxos assistenciais, tornando-se necessária, também, a monitorização e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Na portaria estão listadas como componentes de RAPS: a Atenção Básica; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de caráter transitório; Atenção hospitalar; Estratégia de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Os componentes e suas responsabilidades na Rede de Atenção Psicossocial podem ser visualizados nos quadros a seguir:

Quadro 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e suas responsabilidades 2011.

(continua)

PONTOS DE ATENÇÃO	RESPONSABILIDADES
Unidade Básica de Saúde	Ações de saúde de âmbito individual e coletivo, promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral.
O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	Vinculado à Unidade Básica de Saúde, equipe multiprofissional, atuam de maneira integrada, diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas.
Equipe de Consultório de Rua	Constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, pessoas com transtornos mentais, usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros.
Equipe de apoio aos serviços do componente de Atenção residencial de caráter transitório	Oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.
Centros de convivência.	Trata-se de unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.
CAPS I, II, III. CAPSi, CAPS AD, CAPS AD III.	Constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial.
SAMU 192; Sala de estabilização, UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde entre outros.	São responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Unidade de recolhimento; serviços de atenção em regime residencial.	Unidade de Acolhimento: oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses; e Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

(Conclusão)

PONTOS DE ATENÇÃO	RESPONSABILIDADES
Enfermaria especializada em hospital geral;	Oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas.
Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curatela ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana.
Serviços residenciais terapêuticos; reabilitação psicossocial	São moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros.

Fonte: Portaria 3.088/2011, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Apesar dos pontos anteriormente definidos, bem como os seus respectivos papéis o fundamento para a construção rede de atenção à saúde mental é a presença de um movimento permanente direcionado para os outros espaços da cidade em busca da reinserção social e incentivo a autonomia das mesmas (BRASIL, 2005b).

Conforme Tykanori (1996) no universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada indivíduo; o doente mental em relação à sociedade apresenta negatividade desse valor pressuposto anulando o seu poder de relação social, e dessa forma os seus bens e lucros tornam-se suspeitos, suas mensagens incompreensíveis, seus afetos desnaturados anulando o valor da pessoa que o assegure como sujeito social. Dessa forma, a reinserção social parte do pressuposto da resolução do problema de produção de valor permitindo seu poder contratual.

Primordialmente desconstruir o dispositivo que produz e mantém o desvalor que seria o manicômio, após a desinstitucionalização dos manicômios tem-se que ter cuidado para não estacionarmos numa assistência humanizada que esteja associada a exclusão, pois reabilitar é um processo de restituição do poder contratual para ampliar sua autonomia (TYKANORI, 1996).

Incluir o cuidado à saúde mental no SUS sem estigmas e discriminação, é a meta de reorientação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil, através da convocação de conferências municipais, regionais, estaduais e nacionais, considerando a oferta de serviços de saúde pública já instalada no SUS

acrescentando alguns recursos associados a decisões políticas com dispositivos culturalmente sensíveis, enfim, construir uma rede suficiente de cuidados em saúde mental (PITTA, 2001)

Essa Rede segundo Pitta (2001) deve levar em consideração a importância da justiça social, equidade, distribuição de riqueza, renda, educação para todos, acesso e exercício de todos os direitos para serem as responsáveis e com ação duradoura. E enfatiza também a importância do compromisso de melhorar a vida dos usuários:

Pensar uma rede de atenção a pessoas que sofrem por transtornos mentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um desafio que mexe com nossos desejos e utopias de enfrentar injustiça, iniquidade e exclusão social, transformando-as em ajuda, equipes e serviços decentes que melhorem as chances de boa qualidade de vida dessas pessoas (PITTA, 2001, p.21).

Esse processo pode-se dar na relação estabelecida com os profissionais através de projetos que se contextualizem com a singularidade do usuário possibilitando modificações concretas, ampliando as possibilidades de estabelecer novos ordenamentos para a vida (TYKANORI, 1996).

Distinguir o território como primeiro passo para que os governos, equipes, profissionais possam tomar a si a responsabilidade de tratar, pois qualquer que seja o espaço, o sofrimento possa ter escuta e se necessário o tratamento (PITTA, 2001).

Ainda conforme Pitta (2001) a Rede de Atenção Psicossocial requer mais que em qualquer área de saúde, estratégias resolutivas para atender às necessidades múltiplas, de ordem afetiva, material, clínica e ações solidárias de governos, voluntariado, cidadãos comuns e, particularmente às famílias consanguíneas ou consentidas, criando novas teias setoriais se estabelecendo conforme necessidade, presidindo a lógica de organização dos serviços públicos de saúde, sem subestimar a tecnologia da sensibilidade.

Zambenedetti e Silva (2008) afirma que a Rede de Atenção em saúde mental, deve ter como norteador conceitual e complementar o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O SUS propondo as redes de serviço, com os seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, na defesa do término dos hospitais psiquiátricos, substituindo-os por

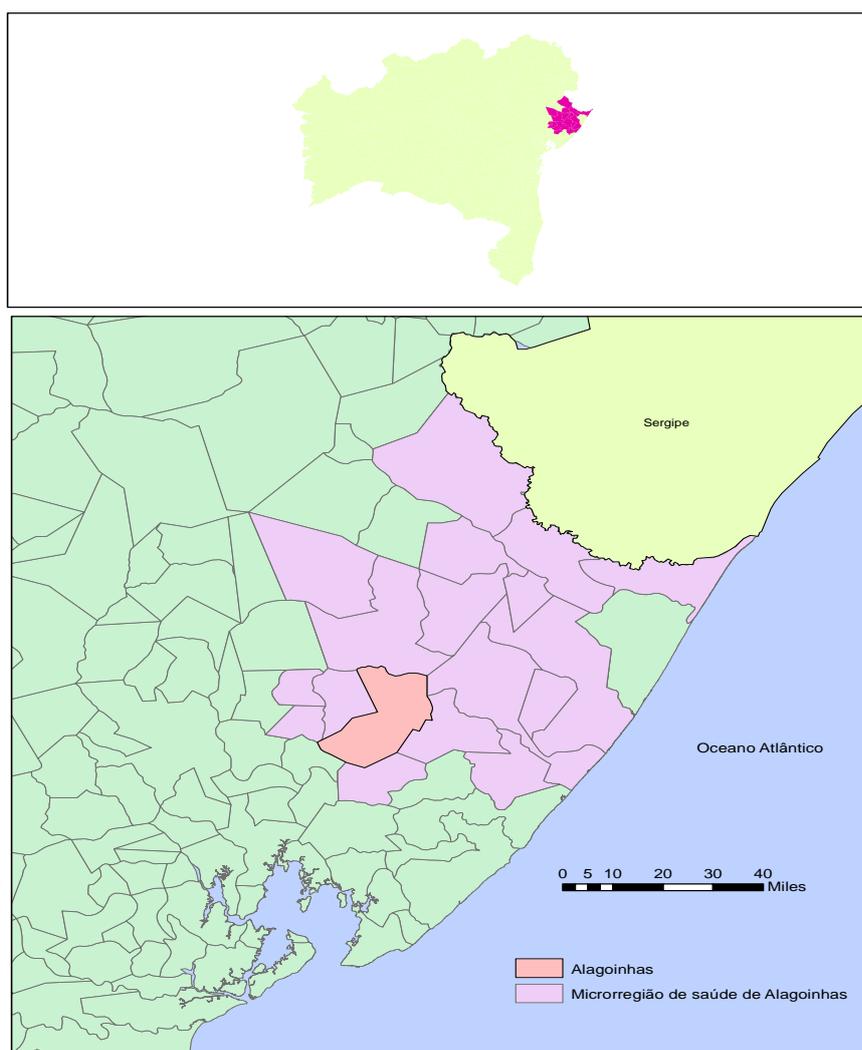
redes de atenção à saúde mental. E para enfrentar as dificuldades de efetivação de uma rede integrada de ações, necessita de um maior debate sobre o modelo.

E para isso, faz-se necessário reorientar as práticas assistenciais, alavancar as iniciativas pensadas e ainda não implementadas que reorientam o modelo de atenção; o trabalho com a comunidade fortalecendo a relação com a atenção básica; usar a lei 10.216/2001 condenando o hospital psiquiátrico tradicional a uma condição de ilegalidade; consolidar o espaço nacional de ter explícita uma política de saúde mental; garantir a dispensação de psicofármacos básicos em todos os pontos de atenção; garantir atenção especializada 24h e todos os dias; inserir unidades de saúde mental e hospitais gerais e capacitar pessoas para operar nesses novos serviços, garantindo sua qualidade através da reavaliação constante.

4 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE ALAGOINHAS E MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE ALAGOINHAS-BA

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o município de Alagoinhas emancipado em 01 de janeiro de 1939, no censo de 2010 contava 141.949 habitantes, com estimativa em 2015 de 154.495 habitantes; sua extensão é de 718,089 km, situado a 125km da capital – Salvador; seu ecossistema tem dois biomas, Caatinga e Mata Atlântica, e está localizado na região nordeste da Bahia, mesorregião nordeste baiano e microrregião de Alagoinhas. Com divisões regionais de saúde, Alagoinhas é o município polo na microrregião de Alagoinhas, Macrorregião de saúde Nordeste, atual Núcleo Regional de Saúde Nordeste

Mapa 3 – Localização do município e da microrregião de saúde de Alagoinhas – BA 2012



Fonte: CIB Nº 275/2012. Elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia

4.1 CONDIÇÕES DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

A população da Microrregião de Saúde Alagoinhas-BA, em 2010 (Tabela 1) era de 506.424 habitantes. O tamanho populacional dos municípios que compõem a MSA é bem variado, destacando-se Alagoinhas que é o município polo em referência à saúde na microrregião com população de 141.949 habitantes – contingente populacional consideravelmente distante em relação aos demais municípios já que o segundo maior município, Catu, contava com apenas 51.077 habitantes em 2010, o que gera uma mediana populacional de 18.347 habitantes com relação ao menor município, Pedrão, onde se registrou taxa negativa de crescimento anual, da ordem de -1,21% e população total de 6.876 habitantes.

Tabela 1 – População total e crescimento absoluto dos municípios da microrregião de saúde de Alagoinhas-BA – 2000 e 2010.

Microrregião de saúde	População total		Crescimento absoluto	
	Município	2000		2010
Acajutiba		14322	14653	331
Alagoinhas		130095	141949	11854
Aporá		16769	17731	962
Araçás		11003	11561	558
Aramari		9258	10036	778
Cardeal da Silva		8034	8899	865
Catu		46731	51077	4346
Crisópolis		19037	20046	1009
Entre Rios		37513	39872	2359
Esplanada		27230	32802	5572
Inhambupe		29589	36306	6717
Itanagra		6370	7598	1228
Itapicuru		27315	32261	4946
Jandaíra		10.027	10331	304
Ouriçangas		7525	8298	773
Pedrão		7764	6876	-888
Rio Real		33260	37164	3904
Sátiro Dias		17251	18964	1713
Total		459093	506424	47331

Fonte: IBGE, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Vale destacar também que 50% dos municípios da região possuem menos de 15.000 habitantes, valor populacional mínimo para a implantação dos serviços especializados do Centro de Atenção Psicossocial de acordo com a republicação da portaria 3.088/2011 de 21 de maio de 2013 que reformula o número de habitantes

para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: CAPS II: de 150.000 para 70.000 habitantes; CAPS I: de 20.000 para 15.000 habitantes; CAPS III e CAPS AD III de 200.000 para 150.000 mil habitantes.

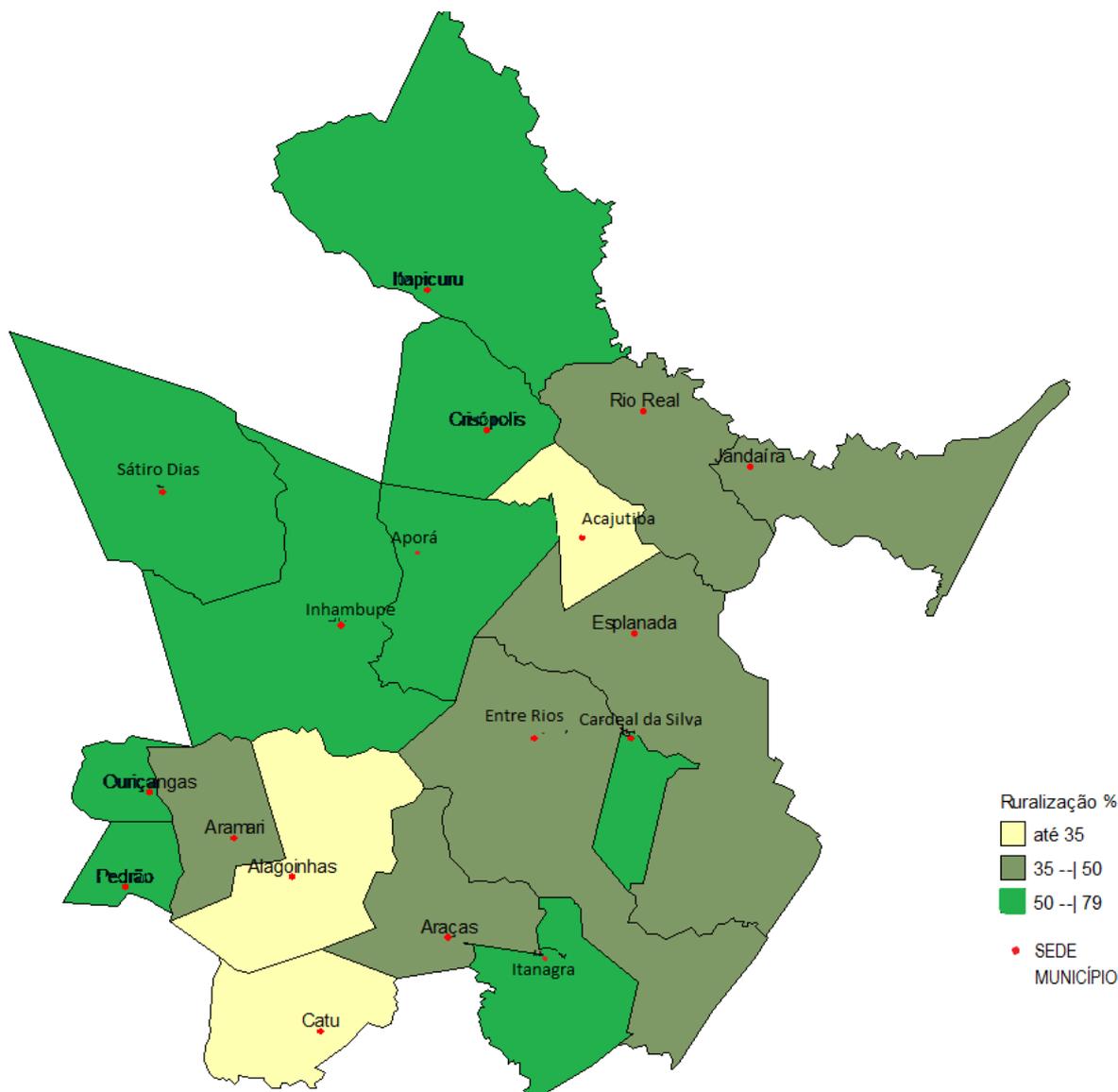
Tabela 2 - População total residente conforme situação rural e urbana na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA – 2010

Município	Urbana	Rural	Total
Acajutiba	12.774	1.879	14.653
Alagoinhas	124.042	17.907	141.949
Aporá	8.505	9.226	17.731
Araças	5.807	5.754	11.561
Aramari	5.125	4.911	10.036
Cardeal da Silva	2.901	5.998	8.899
Catu	42.755	8.322	51.077
Crisópolis	8.612	11.434	20.046
Entre Rios	23.840	16.032	39.872
Esplanada	20.822	11.980	32.802
Inhambupe	15.635	20.671	36.306
Itanagra	2.327	5.271	7.598
Itapicuru	6.675	5.271	7.598
Jandaíra	6.147	4.184	10.331
Ouriçangas	2.762	5.536	8.298
Pedrao	1.716	5.160	6.876
Rio Real	23.310	13.854	37.164
Sátiro Dias	4.332	14.632	18.964
Total	318.087	188.337	506.424

Fonte: IBGE censo 2010, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Todavia, quando se analisa a distribuição da população em termos de localização habitacional conforme classificação do IBGE indica, constata-se que a população na microrregião é predominantemente rural quanto à moradia, pois 15 dos 18 municípios da microrregião têm 50% ou mais de domicílios situados nas áreas rurais.

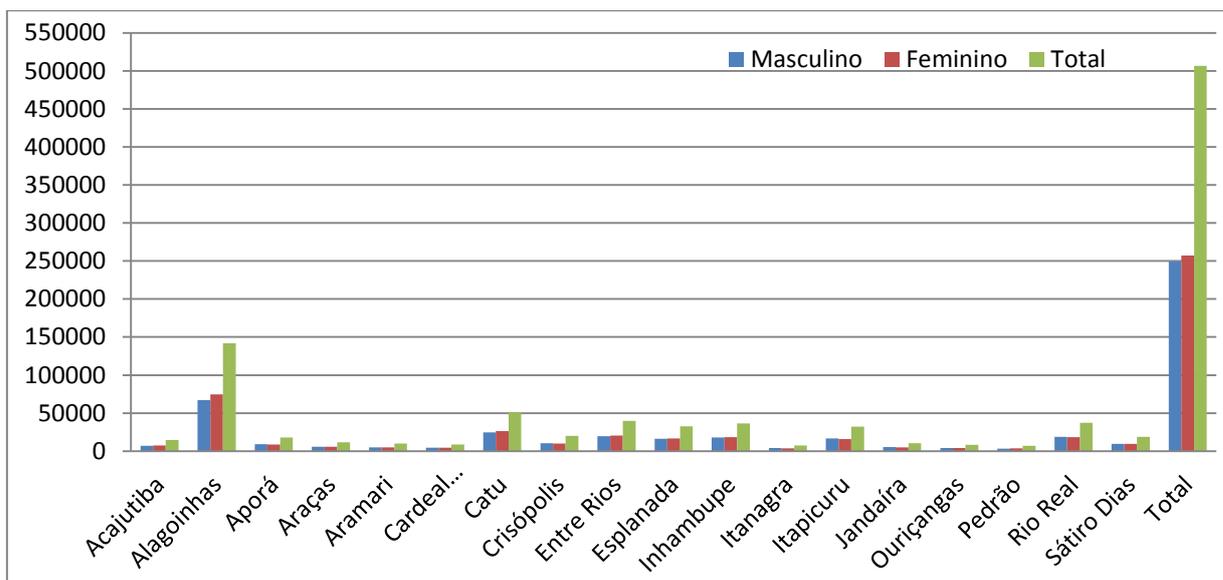
Mapa 4 – Taxa de domicílios localizados na zona rural da microrregião de Alagoínas – BA em 2010.



Fonte: IBGE, elaborado por OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Essa característica de localização das moradias nos leva a refletir em termos da eficácia da rede, se a instalação física de atenção especializada na sede de alguns municípios através da pactuação traz resolutividade no que tange ao acesso aos serviços, considerando as estradas e as distâncias para se chegar às sedes dos municípios. Esta é uma primeira questão relativa à acessibilidade aos serviços, mas o fato de ser um território predominantemente rural, e em sendo o rural um modo de vida e não apenas uma localização residencial ou produtiva, coloca em alerta para a possibilidade de outros questionamentos territoriais e de territorialidade.

Gráfico 1 - População residente por município e sexo na microrregião de saúde de Alagoínas-BA em 2010



Fonte: IBGE censo 2010. Elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia

A diferença no número populacional entre homens e mulheres está equilibrada conforme número de habitantes, com diferença de aproximadamente 4% maior de mulheres no total dos municípios, o que pode implicar em demanda equitativa, possibilidade apontada por não termos dados epidemiológicos de saúde mental quanto ao sexo, para Alagoínas.

Em termos de escolarização, aspecto importante para dar apoio familiar aos pacientes na rede, a taxa total de analfabetismos na microrregião é de 19% (Tabela 3), com porcentagem significativamente superior na zona rural, o que sugere dificuldade que se agrega à já mencionada condição de acessibilidade, o que aponta a necessidade de integrar políticas de educação às de saúde.

Tabela 3 - Taxa de analfabetismo por município e situação na microrregião de saúde de Alagoínas-BA em 2010.

Município	Urbano	Rural	Total
Acajutiba	19,9	30,7	21,3
Alagoínas	7,70	23,0	9,60
Aporá	21,4	34,2	28,0
Araças	17,2	26,8	22,0
Aramari	11,5	27,4	19,1
Cardeal da Silva	16,6	24,7	21,9
Catu	7,80	24,5	10,5
Crisópolis	31,1	33,3	32,3
Entre Rios	13,5	22,1	16,9
Esplanada	17,3	28,5	21,2
Inhambupe	15,9	29,2	23,3
Itanagra	20,9	28,1	25,8
Itapicuru	22,2	43,7	39,1
Jandaíra	21,3	34,4	26,5

(Continua)

Município	(Conclusão)		
	Urbano	Rural	Total
Ouriçangas	18,0	29,0	25,4
Pedrao	14,7	23,9	21,8
Rio Real	21,4	34,8	26,2
Sátiro Dias	19,1	30,4	27,7
Total	12,8	30,3	19,0

Fonte: DATASUS, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

O município, segundo o censo 2010, que teve a maior taxa de analfabetismo foi Itapicuru com 39,1%; 43,7% na zona rural e 22,2% na urbana. A menor taxa de analfabetismo ficou no município de Alagoinhas, com 9,6%: com aproximadamente 23% na zona rural e 7,7% na zona urbana. Essas taxas são sugestivas demonstrando a importância da discussão sobre o acesso da população rural às políticas públicas, bem como sobre o critério de apenas disponibilizar serviços onde outros serviços, pré-requisitados sejam ofertados, sem avançar para a criação de infraestrutura dos mesmos serviços onde ainda não há a oferta.

O nível educacional acompanha também o nível de renda média dos municípios no mesmo ano, e conseqüentemente, conforma o Índice de Desenvolvimento Humano do Município – IDHM (tabela 4).

Tabela 4 - Renda média domicílio per capita por município da microrregião de saúde de Alagoinhas no período de 2010

Município	Renda R\$	IDHM
Acajutiba	251,46	0,422
Alagoinhas	535	0,550
Aporá	194,73	0,398
Araças	222,69	0,363
Aramari	267,91	0,454
Cardeal da Silva	195,99	0,382
Catu	458,94	0,536
Crisópolis	221,68	0,366
Entre Rios	313,99	0,451
Esplanada	299,75	0,435
Inhambupe	251,95	0,381
Itanagra	279,17	0,399
Itapicuru	182,98	0,311
Jandaíra	186,16	0,375
Ouriçangas	278,64	0,391
Pedrao	219,84	0,419
Rio Real	264,32	0,412
Sátiro Dias	205,23	0,330

Fonte: IBGE, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Os municípios com maiores taxas de analfabetismo foram os de menor renda média, e os com menor taxa de analfabetismo, com maior renda média, demonstrando por um lado, a importância da administração de políticas públicas

para o desenvolvimento dos municípios para garantia dos direitos fundamentais do cidadão, e por outro, o ciclo vicioso da oferta de serviços concentrado criando centralidade reforçadora de assimetrias.

4.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Em relação ao setor de saúde no qual esta pesquisa focaliza-se, os dados dos recursos físicos e humanos da rede de saúde, e da cobertura especializada de saúde mental da microrregião de saúde apontam a diversidade de recursos humanos para o atendimento multidisciplinar. Das vinte especialidades profissionais disponíveis, em apenas oito houve aumento do número de efetivo; em todas as demais houve redução, embora os dados demográficos apontem para o crescimento populacional, conforme Tabela 1, cujos dados apontam redução de crescimento absoluto apenas para o município de Pedrão.

Tabela 5 - Número de profissionais do SUS na microrregião de saúde de Alagoinhas em 2010 e 2012-2015

Profissionais selecionados	2010	2012	2013	2014	2015
Médicos	771	690	723	713	620
Anestesiata	31	26	21	23	20
Cirurgião Geral	38	29	31	35	26
Clínico Geral	211	190	199	185	175
Gineco Obstetra	84	70	65	72	46
Médico de Família	139	134	150	142	146
Pediatra	47	48	53	52	38
Psiquiatra	14	16	22	22	19
Radiologista	48	40	38	40	36
Outros	159	137	144	142	114
Cirurgião dentista	177	165	168	166	157
Enfermeiro	301	394	399	407	433
Fisioterapeuta	67	64	76	83	87
Fonoaudiólogo	10	14	11	6	15
Nutricionista	26	0	1	7	33
Farmacêutico	72	81	30	29	35
Assistente social	34	40	4	46	52
Psicólogo	22	30	2	39	40
Auxiliar de Enfermagem	181	53	8	49	42
Técnico de Enfermagem	438	611	62	693	707
Total	2099	2172	2224	2278	2221

Fonte: CNES, elaborada por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Alagoinhas, sendo um município polo da região, é referência para os atendimentos especializados. Na saúde mental, em referência regional o serviço relacionado aos municípios compactuados é o atendimento psiquiátrico. Em dezembro de 2015 haviam 6 psiquiatras atuando em Alagoinhas, registrados no cadastro nacional, equivalente a 32% do total de 18 municípios que no mesmo período haviam 19 psiquiatras cadastrados, sendo que conforme os números populacionais do censo 2010, Alagoinhas possui 28% da população da microrregião de saúde (vide números populacionais tabela 1).

No cômputo geral o número de profissionais tem aumentado com o passar dos anos, e seus locais de atuação estão discriminados na Tabela 6 seguintes:

Tabela 6 - Quantidade por tipo de estabelecimento públicos na microrregião de saúde de Alagoinhas, no período de 2010, 2012-2015

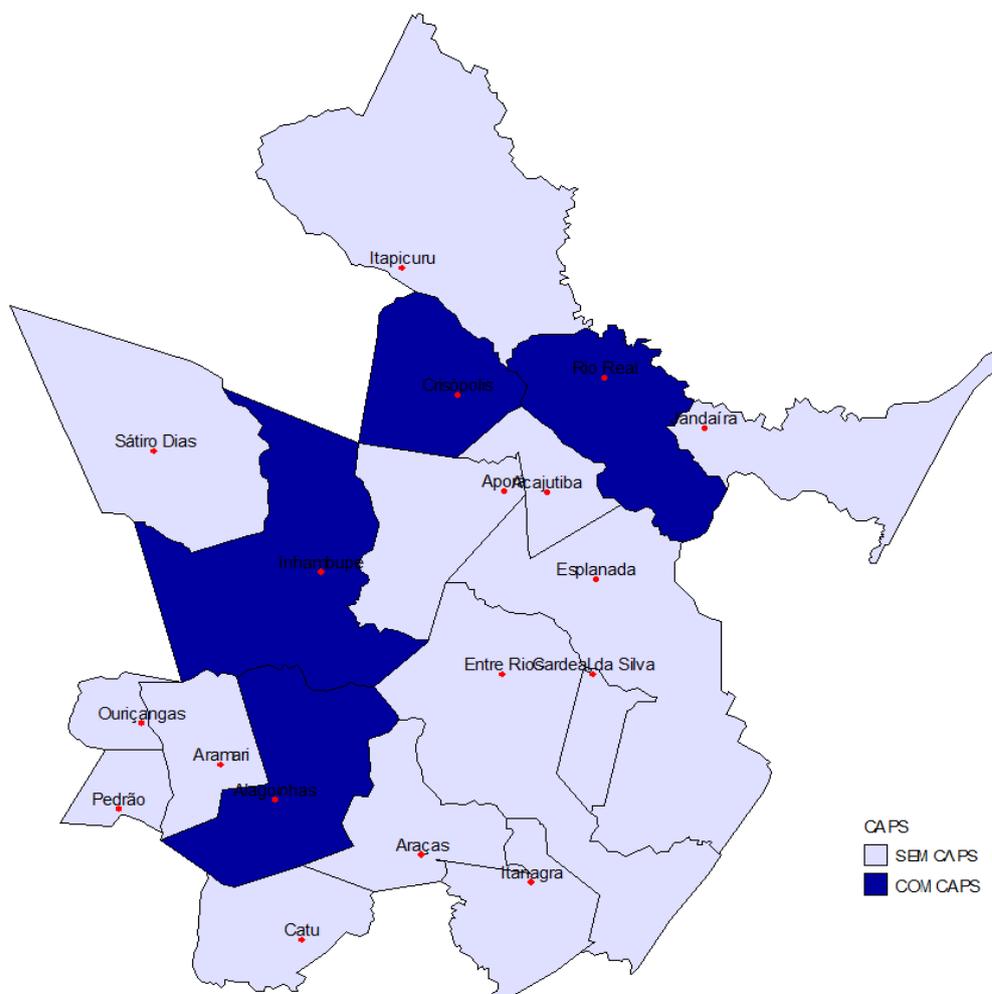
Tipo de Estabelecimento	2010	2012	2013	2014	2015
Academia da saúde	-	2	2	2	4
Central de regulação	-	-	1	2	3
Central de regulação médica das urgências	-	2	1	1	1
Centro de apoio a saúde da família - CASF	1	2	4	5	5
Centro de atenção psicossocial - CAPS	7	8	8	9	9
Centro de saúde/unidade básica de saúde	115	124	125	126	124
Clínica especializada/ambulatório especializado	42	59	65	73	76
Consultório	93	97	99	97	95
Farmácia	2	3	6	9	11
Hospital especializado	3	3	3	3	3
Hospital geral	14	12	13	13	12
Hospital dia	3	3	4	4	4
Policlínica	28	28	33	32	27
Posto de saúde	36	39	47	49	50
Pronto atendimento	-	1	2	2	2
Pronto socorro geral	1	1	1	1	1
Secretaria de saúde	16	18	18	18	18
Serviço de atenção domiciliar isolado (Home Care)	-	-	-	-	1
Unidade de atenção em regime residencial	-	1	-	-	-
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia	30	32	34	33	31
Unidade de vigilância em saúde	12	3	3	3	3
Unidade mista	4	4	3	4	5
Unidade móvel de nível pré-hosp-urgência/emergênci	1	8	17	17	16
Unidade móvel terrestre	2	2	2	2	1
Total	417	456	494	507	503

Fonte: CNES, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia

A oferta do serviço especializado de saúde mental, segundo os dados do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES) no mesmo ano dos dados

populacionais (2010), contabilizava CAPS em apenas 4 municípios, sendo que pelo número populacional poderia haver em 9 dos 18 municípios, ou seja, em apenas 22% dos municípios havia CAPS.

Mapa 5 – Municípios com centros de atenção psicossocial na microrregião de Alagoinhas em 2010



Fonte: CNES, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia

Entretanto, no levantamento do mesmo site oficial no ano de 2014 a situação melhorou. Como demonstrado no quadro abaixo, na avaliação geral de acordo com os serviços de saúde.

Quadro 2 – Serviços públicos disponíveis na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA em 2014.

Serviços públicos de saúde	ACAJUTIBA	ALAGOINHAS	APORÁ	ARAÇÁS	ARAMARI	CARDEAL DA SILVA	CATU	CRISÓPOLIS	ENTRE RIOS	ESPLANADA	INHAMBUPE	ITANAGRA	ITAPICURU	JANDAÍRA	OURIÇANGAS	PEDRÃO	RIO REAL	SÁTIO DIAS
Atenção básica																		
Serviço de urgência																		
Caps																		
Leito hospitalar																		

Fonte: DATASUS, CNES, elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

Exceto o município de Aporá, os municípios acima de 15.000 habitantes instalaram o Centro de Atenção Psicossocial, chegando a 50% dos municípios utilizando o recurso disponível conforme a população mínima. Os outros serviços de saúde (atenção básica, urgência e emergência, CAPS e leito hospitalar) de saúde também fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, como demonstrado no Quadro 1 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial e suas responsabilidades 2011.

De acordo com o DATASUS, a atenção básica está presente em todos os municípios da microrregião, tendo cobertura de acordo com a população. Isto permite o acompanhamento dos usuários próximo aos seus domicílios tendo acesso aos seus programas de estratégia de acompanhamento da saúde da família; a população da zona rural precisa se transportar para os demais serviços localizados na zona urbana.

Quanto aos serviços de urgência que incluem serviço de transporte e pronto atendimento nos casos de urgência e emergência para o encaminhamento conforme complexidade há instalação física em 88% dos municípios e leitos hospitalares em 67% dos municípios, todos de acordo com o número da população. Mas, não haver a instalação física do serviço não significa necessariamente que não terá acesso a este, pois já que se trata de uma rede de saúde, estes podem ser acessados em outros municípios de acordo com uma organização de fluxos de níveis de

complexidade intramunicipal e intermunicipal. No âmbito do serviço intermunicipal durante as entrevistas foi citado o Hospital Regional Dantas Bião e a Policlínica.

Segundo a NOB/SUAS (2005a) é possível realizar consórcios entre os municípios para garantir a cobertura dos serviços de saúde onde não haja população municipal suficiente para implantar infraestrutura do serviço. No consórcio, a responsabilização se mantém entre todos os municípios pactuados o que permite controle social para evitar priorização da oferta dos serviços para a população de onde se localiza o serviço. Nesse caso poderá haver a instalação física do CAPS em um dos municípios em consórcio para o atendimento dos demais.

Alagoinhas, diferente dos outros municípios, ao invés de possuir o CAPS I, possui o CAPS na modalidade III, funcionando 24h, sendo o primeiro CAPS III do estado da Bahia. Conforme Oliveira (2016), o CAPS obteve a aprovação e autorização de funcionamento no município de Alagoinhas em dezembro de 2003, iniciando a instalação em junho do mesmo ano com recursos da Prefeitura Municipal.

A produção ambulatorial também utilizou o DATASUS como fonte, tendo o critério de levantar apenas os aprovados, focalizando nos serviços que poderiam estar vinculados à rede de atenção psicossocial no recorte de tempo da respectiva pesquisa.

Tabela 7 - Procedimentos aprovados de atividades da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de 2012-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	8880	12544	9952	7382	38758
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção especializada	304	657	565	555	2081
Prática corporal / atividade física em grupo	435	187	288	368	1278
Terapia em grupo	131	676	463	57	1327

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Elaborado por: Oliveira, Adriana Antonia.

Essas atividades em grupos na atenção básica poderão incluir os usuários ou não, as práticas corporais fazem também parte das atividades do CAPS do município, bem como as demais, não consegui acesso dessas atividades por estabelecimento de saúde.

Tabela 8 - Procedimentos aprovados de visitas domiciliares da esfera pública de saúde em Alagoínas-BA no período de 2012-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
Visita domiciliar por profissional de nível médio	3E+05	336618	341322	251376	1259685
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	376	973	1652	434	3435
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada	50	5	-	-	55
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares	-	28	12	13	53

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Elaborado por Oliveira, Adriana Antonia.

As visitas domiciliares podem ser consideradas como uma das ferramentas, para a cobertura territorial dos serviços da rede de saúde, na rede psicossocial e poderá ser realizada pelos diversos pontos de atenção.

Tabela 9 - Procedimentos aprovados de atendimentos individuais da esfera pública de saúde em Alagoínas-BA no período de 2012-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
Terapia individual	620	295	215	218	1348
Abordagem cognitiva comportamental do fumante (por atendimento / paciente)	173	-	35	-	208
Atendimento individual de paciente em centro de atenção psicossocial	-	828	1202	1205	3235

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Elaborado por Oliveira, Adriana Antonia.

A abordagem cognitiva comportamental do fumante pode ser acompanhada na atenção básica por profissionais que realizem a capacitação para tal finalidade. As demais, apenas por profissionais especializados.

Tabela 10 - Procedimentos aprovados de acolhimentos no CAPS em Alagoínas-BA no período de 2012-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
Acolhimento em terceiro turno de paciente em centro de atenção psicossocial	-	1	-	3	4
Acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial	-	219	370	102	691
Acolhimento inicial por centro de atenção psicossocial	-	301	-	-	301

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Elaborado por Oliveira, Adriana Antonia.

Dentre os procedimentos aprovados, o número de acolhimentos em terceiro turno foi baixo e o acolhimento inicial sem registros aprovados em 2012, 2014 e 2015.

No recorte dos quatro anos, foram aprovados 77 atendimentos familiares, 12 atendimentos de atenção às situações em crise e 5 ações de reabilitação psicossocial.

Lembrado que as formas de apresentação de dados da produção ambulatorial, o seu conteúdo pode ser quantidade aprovada, valor aprovado, quantidade apresentada, valor apresentado, diferença de valor, valor do complemento federal, valor do complemento gestor e valor do incremento. E os respectivos dados foram baixados pela quantidade de atendimentos aprovados.

5 TERRITÓRIO E TERRITORIALIDADE EM REDE PSICOSSOCIAL

5.1 TERRITÓRIO EM REDE PSICOSSOCIAL

Em Lages (2004), o território é definido como o produto de intervenção de um ou mais atores num espaço e, dessa forma, ele não se reduz a uma dimensão material, e sim a uma construção das relações estabelecidas. “Ele é construído, historicamente, em diferentes escalas: a casa, o escritório, o bairro, a cidade, a região, a nação, o planeta” (p. 26), e constrói diferentes significados em cada uma dessas formações.

Brandão (2004) ressalta que qualquer diagnóstico local regional ou nacional deve explicitar os conflitos e compromissos expostos e posicionar recorrentemente a região ou cidade em todos os seus contextos e estudar sua inserção frente aos diversos territórios com os quais se relacionam conjuntural e estruturalmente.

Lages (2004) e Brandão (2004) chamam a atenção para a contextualização do que se vai diagnosticar em escalas que se relacionam, considerando suas histórias, seus conflitos e seus significados, tanto conjuntural como estruturalmente.

No caso do objeto de estudo desta dissertação, a escala regional organiza político-administrativamente e estatisticamente os dados da saúde, como visto no capítulo 3, cujos fundamentos teóricos poderiam ter sido escolhidos como referencial para esta pesquisa. Entretanto, optou-se pela abordagem territorial que se coaduna com a perspectiva assumida no documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” do Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção à Saúde em seu Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Brasil 2005c), de que o território no campo da saúde mental deve ser entendido para além do recorte regional ou geográfico, e seria assim definido:

“[...] O território é tecido pelos fios que são as instâncias pessoais e institucionais que atravessam a experiência do sujeito, incluindo: sua casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, o posto de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito” (BRASIL, 2005c p. 13).

Enfim, o território estudado, não será uma representação de região nem da escala regional, e sim o lugar que foi construído através da intervenção psicossocial em rede dos usuários, profissionais e gestores do município de Alagoinhas.

Fundamenta-se essa abordagem na concepção de Haesbaert (2004a) ao afirmar que o território se inicia na dimensão material como espaço territorial, fixo, pois é preciso ter uma referência física para finalmente trabalhar-se num espaço de descontinuidade que seria o território em rede que se constrói através dos fluxos, e define esses fluxos como elemento fundamental para a construção do território:

Mais recentemente, nas sociedades “de controle” ou “pós-modernas” vigora o controle da mobilidade, dos fluxos (redes) e, conseqüentemente, das conexões – o território passa então, gradativamente, de um território mais “zonal” ou de controle de áreas para um “território-rede” ou de controle de redes. Aí, o movimento ou a mobilidade passa a ser um elemento fundamental na construção do território (HAESBAERT, 2004b, p. 5).

Sendo assim, a linha material como espaço territorial fixo (Alagoinhas), e seus pontos físicos de atenção à saúde – Policlínica, Unidades de Estratégias de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – e sua descontinuidade que seria o território em rede através dos fluxos, foi abordado por meio das temáticas de identificação e participação na Rede de Atenção Psicossocial e sua dinâmica de funcionamento.

O reconhecimento do território constitui requisito fundamental para a organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde a partir de uma delimitação territorial previamente definida (BARCELLOS, 2003; CASTRO, 2010), já que o território onde se verifica a interação da população com os serviços caracteriza-se por problemas específicos, vivendo em tempo e espaço determinados interagindo com as distintas unidades de serviços de saúde (UNGLERT, 1993).

No mesmo sentido, mas sem referirem-se especificamente à saúde, Silva et al. (2001) tratam da importância de trabalhar de acordo com os problemas encontrados no território com o objetivo de responder às necessidades da população daquele território e não apenas à demanda espontânea.

Castro (2010) ainda acrescenta que:

“Após o reconhecimento do contexto comunitário de atenção, em ambos os campos, é preciso atuar em um território e buscar componentes, saberes e parcerias para soluções das necessidades e demandas locais em saúde,

apostando na criatividade, na autonomia e na significação dos sujeitos mediante compromisso profissional e institucional. Tendo em vista essas considerações, julga-se ser importante provocar novas reflexões sobre iniciativas em saúde mental, empenhadas no território, para o desenvolvimento de habilidades cotidianas dos usuários, em que os processos de sofrimento e vulnerabilidades se encontram incluso”. (CASTRO, 2010; p. 4)

Compreendido o território assumiu-se a ordenação territorial definida como a projeção do espaço físico, via ocupação e uso das políticas e outras peculiaridades de uma sociedade referenciada no local (DALLABRIDA, 1999), o que se adequa ao sistema em avaliação nesta pesquisa, o SUS:

“Na perspectiva de um novo modelo assistencial, proposto pelo SUS, e que contemple, além do atendimento à demanda, também a vigilância à saúde, esse território deve ser entendido como um espaço permanente em construção, produto de uma dinâmica social.” (MENDES, 1993, p. 159).

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para atender às necessidades, demandas e preferências das sociedades. (MENDES, 2002).

Segundo Haesbaert (2004b, p. 3)

“Todo território é, ao mesmo tempo e obrigatoriamente, em diferentes combinações, funcional e simbólico, pois exercemos domínio sobre o espaço tanto para realizar “funções” quanto para produzir “significados””.

Nesse sentido, podemos afirmar que nestes pontos de saúde da Rede Psicossocial são produzidos “funções” e “significados”, que neste estudo foram observados com a identificação e participação construída através das respostas dos entrevistados - profissionais e usuários.

Identificando as “funções” e “significados”, os fluxos para a construção do território em rede foram caracterizados pela dinâmica de funcionamento.

5.1.1 Pontos de Atenção da RAPS

Pontos de Atenção da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS são unidades de saúde, que têm atribuições definidas na rede de saúde e na RAPS, e cuja eficácia requer que os profissionais que dinamizam os referidos pontos tenham clareza das

atribuições de cada um deles. Foi abordado junto aos oito (8) profissionais, o papel da unidade em que trabalham na RAPS; eles sabiam qual o papel dos pontos de atenção. Dos entrevistados, apenas dois relataram ter pouco conhecimento ou desconhecerem o papel da unidade em que atuam, na rede; os seis demais relataram o papel da rede psicossocial na articulação para garantir um cuidado integral aos usuários, ressaltando a dificuldade em pô-la em prática:

PROFISSIONAL CAPS 08 – Bom, eu vejo que o papel deveria fazer a rede funcionar, acho que os pontos de atenção deveriam ter essa função de articular, “cada qual claro no seu cada qual” no seu núcleo de ação, mas fazendo uma inter-relação uma interlocução aquecida, potente, pra garantir um cuidado integral ao sujeito que está no sofrimento. Eu acho que é esse que deveria ser o papel fundamental desses pontos de atenção da RAPS.

PROFISSIONAL ABU 04– “[...] cada um tem o seu papel, mas muitas vezes esse papel não é posto em prática, porque se a gente olhar o lado social são muitas dificuldades que existem, e se a gente olhar também o lado psicológico, maior ainda.

Quanto ao papel identificado dos pontos de atenção, o ambulatório foi citado como o principal articulador de encaminhamento para o CAPS. Com os pacientes que precisam de atenção especializada, se procede da seguinte forma: O CAPS, acompanha os pacientes agudos e/ou com necessidade de intervenção mais constante, já os casos mais leves, ou seja, que só precisam do atendimento com o psiquiatra é demanda do ambulatório:

PROFISSIONAL AMB 03 – “Porque faz uma triagem e especifica aquele paciente que vai passar no ambulatório, que vai passar pro CAPS, que vem passar por outro especialista, porque cada um deles tem uma demanda diferente, aqui a gente trabalha com pacientes não tão agudos que não necessitam de uma intervenção mais constante.”

Na atenção básica há o acompanhamento conjunto com o CAPS, que demonstra a importância das UBS (Unidade Básica de Saúde), no acolhimento inicial e na vinculação do atendimento à saúde mental com a comunidade:

PROFISSIONAL ABZR 12- Olha, a atenção básica pra mim, eu acho que é principalmente a questão de ser a porta de entrada pros pacientes, uma vez que a gente dá o primeiro suporte, o primeiro atendimento pra esse paciente da rede psicossocial e daqui fazer os encaminhamentos. Então, daqui a gente encaminha. Além disso, o paciente que tem algum problema alguma situação mental identificada ele não é acompanhado só aqui, mas também no CAPS; fica sendo um duplo vínculo, na verdade. Então, isso é muito bom; eu acho que o paciente fica sendo mais fortalecido na rede do que se ele ficasse só em um serviço que não é na sua comunidade. Então, sendo um serviço PSF que está na sua comunidade, ele acaba tendo um vínculo

mais forte, tem um agente comunitário que está na área então, vejo a atenção básica muito importante nesse sentido”.

Quando os profissionais e gestores foram questionados sobre a demanda de saúde mental, todos consideraram a demanda alta, e os diagnósticos mais frequentes: transtornos de humor, transtorno de personalidade e outros hábitos; transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (neuroses) e transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas, o que só tem aumentado.

A oferta de serviços para usuários de álcool e outras drogas, transtornos mentais, distúrbios neurológicos e deficiência intelectual, é garantida por todos os pontos da rede, como pode ser visualizado no Quadro 3. No entanto, as demandas são encaminhadas principalmente para o CAPS, e outros pontos intersetoriais que são governamentais e não governamentais, que apesar de não fazerem parte da rede de saúde, priorizam o atendimento integral dos grupos vulnerabilizados socialmente, sendo identificados pelos entrevistados: A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Polícia Militar, Centro de Referência à Assistência Social (CRAS) no Quadro 3:

Quadro 3 - atendimentos da RAPS nos pontos de Atenção à saúde de Alagoinhas – 2012-2015

TIPOS DE ATENDIMENTOS	CAPS	SAMU	ESF	Ambulatório
Transtornos do uso de álcool e drogas	Sim	Sim	Sim	Sim
Transtornos mentais	Sim	Sim	Sim	Sim
Distúrbios neurológicos	Sim	Sim	Sim	Sim
Deficiência intelectual	Sim	Sim	Sim	Sim
Usuário em situação de rua	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Entrevistas elaboradas por: Oliveira, Adriana Antonia.

Tem sido oferecido ainda com limitações o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no CAPS. Todavia, vem sendo discutida a necessidade de um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas), no núcleo regional de saúde, para atender à demanda; os transtornos mentais são devidamente acompanhados através da sua equipe multidisciplinar. As deficiências

intelectuais e distúrbios neurológicos por vezes são atendidos, no entanto, são encaminhados à Pestalozzi do município. Usuários em situação de rua, há relato de atendimento “Eventualmente”, como ilustra os profissionais do CAPS.

PROFISSIONAL CAPS 08 – Pois é, aqui em Alagoinhas, a gente ainda não tem um serviço específico, a gente não tem um CAPS AD. A gente vem discutindo em algumas reuniões com o núcleo regional de saúde (a antiga Dires), e estamos num processo de construção do plano regional e existe a possibilidade de que na região de saúde Alagoinhas a gente tenha. Estamos pleiteando, precisamos ver se isso vai ser aprovado ou não.

Os distúrbios neurológicos é questão de neurologista, mas a gente tem a Pestalozzi em Alagoinhas, então tenta-se encaminhar, porque lá tem neurologista, mas, muitos psiquiatras algumas vezes acabam atendendo. Já a situação de rua, sim, a gente já atendeu alguns casos em situação de rua.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) se disponibilizou a atender a demanda conforme solicitado – sempre que se enquadre no atendimento de urgência e emergência.

A estratégia de saúde da família nega já ter atendido usuários em situação de rua, mas não em forma de recusa, mas sim por não ter tido casos; as demais demandas são atendidas. Álcool e outras drogas e transtornos mentais são devidamente encaminhados ao CAPS, mas de forma conjunta acompanham os casos mais leves através da renovação de prescrições dos usuários estáveis.

No ambulatório, conforme entrevista, o trabalho é apenas medicamentoso, para álcool e outras drogas, e transtornos mentais. Os distúrbios neurológicos e intelectuais apenas quando associado a transtornos mentais, mas geralmente são atendidos na APAE, não há registro de atendimento de usuários em situação de rua.

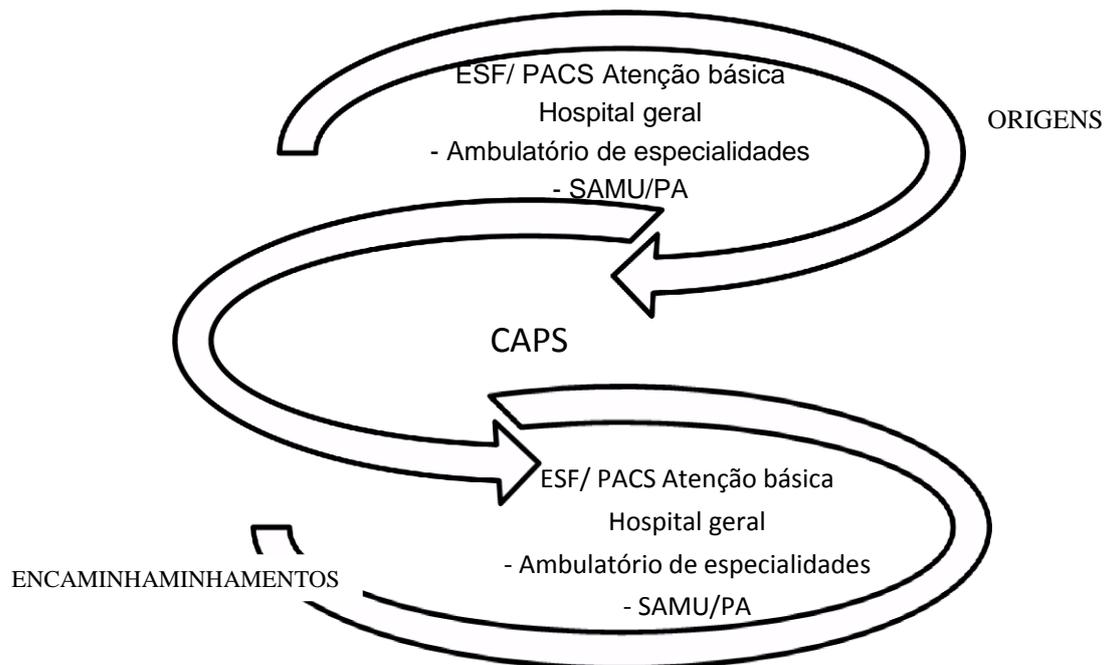
Para buscar medicação, os usuários e/ou familiares, indicaram predominantemente o CAPS, posteriormente o ambulatório e, por último, a unidade básica de saúde.

5.1.2 Fluxos da RAPS

Os profissionais de todas as unidades identificaram, como porta de entrada na RAPS, a ESF e a SAMU, sendo confirmado pelos usuários o acesso por essas portas.

Os profissionais do CAPS, relataram de quais unidades recebem mais pacientes no CAPS, e os encaminhamentos realizados pelo CAPS para outras unidades, e esses pontos mais frequentes estão ilustrados na Figura 4:

Figura 1 – Encaminhamentos mais frequentes da RAPS de Alagoinhas-BA de 2012 a 2015.

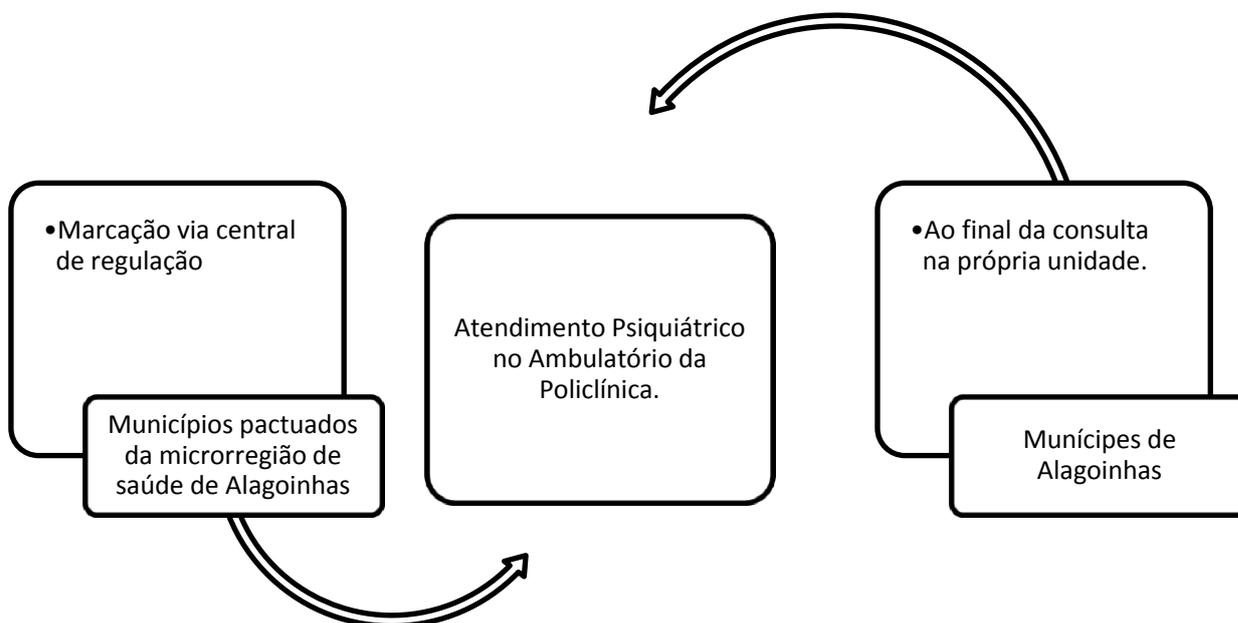


Fonte: Entrevistas, elaborada por: Oliveira, Adriana Antonia.

Os pontos de atenção de origem mais frequentes, foram os mesmos de encaminhamento, demonstrando um território em rede utilizado habitualmente.

O atendimento com psiquiatra no ambulatório da policlínica do município de Alagoinhas, por ser um município polo, atende Alagoinhas e os municípios pactuados da microrregião de saúde, representado na figura 5:

Figura 2 – Marcação para atendimentos psiquiátricos no ambulatório da policlínica de Alagoinhas-BA.



Fonte: Entrevistas, Elaborado por: Oliveira, Adriana Antonia.

Em casos de urgência psiquiátrica, os familiares e/ou usuários, para se locomoverem improvisam traslado com transportes próprios, de vizinhos, ou a SAMU e, nesses casos, procuram predominantemente o CAPS; a ESF também foi citada como busca inicial durante a semana, o CAPS e o Hospital, nos finais de semana, como relata um familiar de um usuário: *“Aí a gente dá um jeito em casa, consegue um transporte pra levar pro comércio, lá pro hospital”.* (USUÁRIO/FAM ABZR 03)

Outra peculiaridade de fluxo de informações percebida na RAPS de Alagoinhas foi a interação satisfatória entre dois pontos de atendimento especializado da rede: o ambulatório e o CAPS, pois diante da proximidade física (localizam-se um em frente ao outro), demonstraram boa comunicação e acompanhamento conjunto dos usuários do serviço, facilitado pelo trânsito fácil de usuários, profissionais, e até o prontuário das unidades, facilitando a informação e resposta:

PROFISSIONAL 03 AMBULATÓRIO – O CAPS tem intervenção profissionais de muita gente que tem o meu contato, e torna bem fácil e bem dinâmico contatos. Mas, tem pacientes que precisam ser vistos mais frequentemente no CAPS, e ao contrário tem pacientes que já estão bem, e eles encaminham pra nós fazermos o trânsito.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, através do matriciamento, que segundo Campos e Domitti (2007, p.400) consiste em “[...] uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica [...]” A atuação do NASF possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais nas Unidade de Saúde e também nas visitas domiciliares, de forma que amplia e qualifica as intervenções no território.

Para facilitar a comunicação, a tecnologia através dos telefones pessoais dos profissionais, através de ligações e mensagens também se tornou um meio de fluxo de informações, com relatos de melhor fluidez de solicitações e resposta ao atendimento.

PROFISSIONAL AB ZR 12- “[...] o apoio matricial que a gente tem é pelo NASF; do CAPS o nosso vínculo é mais assim de referenciamento mesmo, mas o apoio matricial mesmo é mais o NASF, que sempre tá aqui, a gente busca algumas casas fazendo visitas”.

PROFISSIONAL AB 05- “[...] nós temos o apoio do pessoal da secretaria, mas também a gente tem apoio do NASF, que tem todos os seus componentes que são os fisioterapeutas, psicólogos, educador, , educador físico, existe um apoio sim, a gente precisa da rede a gente se articula entre nós mesmos, tem comunicação tanto via “zap” como, telefone pra suprir essa necessidade porque o que a gente não pode deixar é o paciente que no caso pra gente é o nosso cliente sem essa prestação de serviço”.

Os profissionais do CAPS, também fazem a intermediação com as unidades a serem encaminhadas, utilizando como meio de comunicação o telefone.

Mas a indicação é que os próprios usuários através de guias fornecidas pelos profissionais, em todos os pontos de atenção, busquem e transitem nos serviços da RAPS. Entretanto, um dos profissionais do CAPS alerta a possibilidade dessa “rede” se tornar uma “rede de peixe” onde o usuário não consiga transitar, já que os seus direitos foram violados historicamente, como é possível identificar nas citações a seguir:

USUÁRIO/FAM 12 ABU – “É uma guia pra gente e a gente vai procurar outros lugares no caso pra fazer exame, procurar um clínico”.

PROFISSIONAL CAPS 08 –“O que a gente tem tentado fazer por exemplo, é assim, uma ligação, eu acredito muito nisso. Porque assim, a gente considera que a gente está trabalhando com pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno, pessoas que muitas vezes têm dificuldade no acesso,

pelo transtorno pela condição de conhecimento, pelo pouco conhecimento às vezes assim pela pouca habilidade até pra se comunicar em alguns casos, porque são pessoas às vezes que foram, tiveram seus direitos violados historicamente. Então, tem uma autoestima tão rebaixada que às vezes têm até vergonha ou medo de chegar em qualquer lugar e pedir uma informação ou pedir alguma coisa; isso é um fato, agente não pode desconsiderar. Em alguns casos, algum usuário, se eu posso ligar pra alguma unidade pra eu poder falar, e não é pedir favor, que às vezes parece que é isso, tem casos que a gente não consegue, então a gente tenta detalhar ao máximo, mas a gente tem dificuldades com isso também. Isso é um problema superado, não é mesmo, mas que a gente vem tentando de alguma forma, criar a possibilidade, fazer com que o usuário não fique preso na rede, quando digo preso na rede, é porque a rede é bem bacana não é? Mas ela pode virar uma rede de peixe em que o peixe não sai pra lugar nenhum, e se você pensa naquela ideia que você prende ali, ele fica num labirinto e ela tem que ser eu acho que tem que ser fluida o cara tem que conseguir ir”.

Esse fluxo materializa as referências e contra referências, que conforme Juliani e Ciampone (1999) constituem-se na articulação entre as unidades; a referência é o encaminhamento das unidades de menor para a de maior complexidade, e a contrarreferência a resposta do maior para o de menor complexidade.

Em relação à utilização da referência na RAPS, todos relataram o uso sempre que necessário, mas à contra referência, todas as unidades reclamaram da ausência dessa via de comunicação, seja pelo meio formal ou informal de transmissão de informações.

A dificuldade de informações sobre o retorno não partiu apenas, da não contra referência da unidade referenciada, mas também o não retorno do usuário e/ou familiar à unidade.

Diante dessa situação, como tentativa de acompanhamento, a atenção básica por estar mais próxima à comunidade vai até à casa do usuário para saber sobre o atendimento encaminhado, como pode ser identificado no relato a seguir:

PROFISSIONAL AB 04 -[...]“porque assim sempre o agente comunitário ele tem que estar informado do que acontece com o paciente, mesmo que esse paciente não retorne, o agente comunitário vai até a residência”.

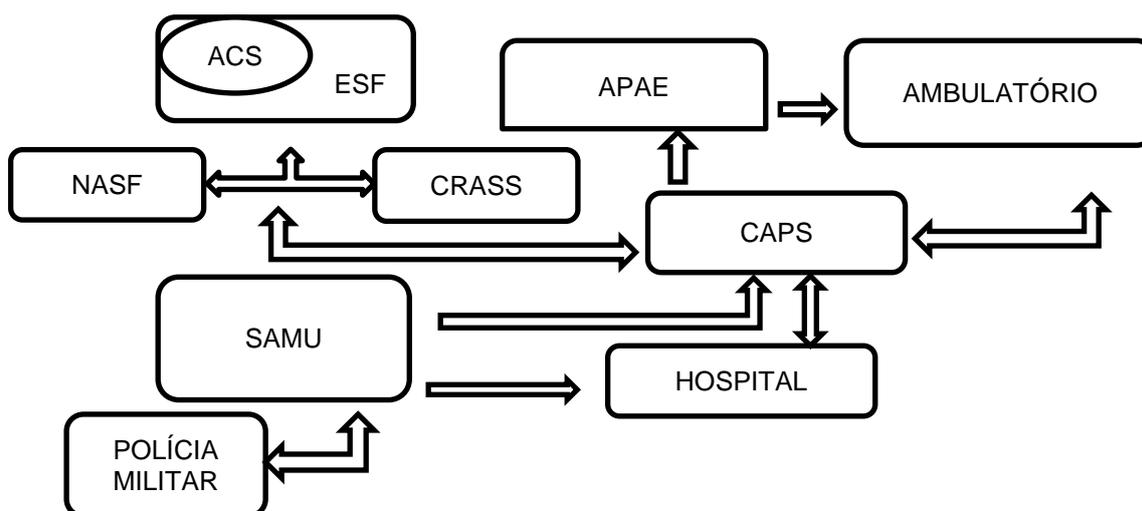
Apreende-se dessa avaliação dos fluxos da Rede, que a mudança de paradigma da lógica da aglomeração para a de territorialização precisa ser expandida para todo o planejamento de modo que a concepção do sistema único comunitário ganhe mais efetividade, mesmo com o risco de relativização da

acessibilidade que vimos na relação entre público e privado. Em se tratando dos serviços psicossociais, essa compreensão torna-se mais relevante devido às peculiaridades dos seus demandantes.

5.1.3 Configurando território em rede psicossocial

Para avaliação do atendimento de saúde mental no município foram identificados os pontos de atenção à saúde (SAMU, ESF, NASF, CAPS, Hospital e Ambulatório) como também os intersetoriais (CRASS, Polícia Militar, APAE), definindo seus fluxos de pessoas e informações, de modo a identificar o que se denomina “território em rede psicossocial” como ilustrado na Figura 6:

Figura 3 – Fluxograma de território em rede psicossocial no município de Alagoinhas-BA.



Elaborado por: OLIVEIRA, Adriana Antonia.

O CAPS realiza atendimentos Psiquiátricos, Psicológicos, de Enfermagem, Terapia Ocupacional e Oficinas Terapêuticas, sendo também uma das portas de entrada utilizada pela RAPS, que se comunica e encaminha para os outros pontos da rede através de guias de encaminhamento, ou telefone.

O ambulatório é responsável pela escuta e prescrição de medicamentos, para os casos que não precisam de acompanhamento no CAPS, porém precisa de avaliação ambulatorial psiquiátrica, mas mantém uma boa relação com o CAPS, atendendo sempre que necessário os usuários do CAPS; atende os usuários do

município através da marcação na própria unidade quando o usuário sai da consulta ou da microrregião de saúde através da central de regulação.

A SAMU atende os casos de urgência e emergência solicitados através do telefone 192, mas sempre recorrem à ajuda da Polícia Militar nos casos de emergências psiquiátricas, que os encaminha inicialmente ao CAPS; quando está sem médico na unidade, o paciente que seria CAPS é encaminhado ao Hospital Regional.

As Unidades da Estratégia de Saúde da Família, além dos atendimentos pertinentes à família que incluem os usuários, realizam o atendimento clínico com renovações de prescrição e visitas domiciliares, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, NASF e CRASS, comunicação facilitada através de reuniões e contatos pelos telefones pessoais.

As redes de saúde são flexíveis e adaptáveis aos diversos espaços; a rede psicossocial não é diferente; no entanto, esta tem a peculiaridade de uma herança manicomial centralizada, em que reflete na construção de novas perspectivas e na desconstrução de valores que excluem e limitam os usuários.

O território em rede psicossocial cujo espaço físico foi o de Alagoinhas, composto por seus diversos pontos de atenção à saúde, e os pontos intersetoriais utilizam o matriciamento, as guias de encaminhamento, referência e contra referências, e telefone para estabelecer seus fluxos de informações e pessoas, no entanto, o conhecimento dos papéis específicos e compartilhados de cada “extremidade da rede” ainda não está totalmente esclarecida a todos aqueles que dela participam.

Para efetivação do direito à saúde para esses pacientes, além das inovações paradigmáticas que Rede e Território representam no sistema de saúde em geral, tem-se talvez a inovação mais difícil de se efetivar que é a ruptura com o paradigma manicomial em direção ao psicossocial como vivido no cotidiano dos territórios o que, no âmbito desta pesquisa, remete à noção de territorialidade.

5.2 TERRITORIALIDADE EM REDE PSICOSSOCIAL

Segundo Lages (2005), a territorialidade refere-se às relações entre um indivíduo ou grupo social em uma localidade, região ou país que, dentre suas possibilidades de relações, é um meio de regular as interações sociais.

A territorialidade, como atributo humano, é primariamente condicionada por normas sociais e valores culturais, que variam de sociedade para sociedade, de um período para o outro. Ela resulta de processos de socialização, da psicologia coletiva, da interação entre seres humanos mediada pelo espaço (LAGES, 2005, p. 4).

Gondim (2009) descreveu a territorialidade em saúde como a prática, a reorganização do processo de trabalho em saúde, que no caso da saúde mental poderá ser associado à visão de Costa (2014) quando afirma que, para entender a política de saúde mental, deve-se reaproximar do âmbito local, enfatizando o território e atentando para as suas múltiplas concepções.

Os espaços institucionais e territoriais e as equipes multiprofissionais são desafiados a reconhecer os condicionantes territoriais do processo saúde e doença, e buscar formas de trabalhar em equipe de maneira integral (AMARANTE, 2003).

Interações sociais mediadas pelo espaço (LAGES, 2005), âmbito local em múltiplas concepções de território (COSTA, 2014) e condicionantes territoriais nas formas de trabalhar em equipe de maneira integral (AMARANTE, 2003) dão conteúdo à reorganização do processo de trabalho em saúde que Gondim (2009) descreve como territorialidade e que nesta pesquisa é assumida como categoria para avaliar a dinâmica da RAPS.

A territorialidade foi examinada na rede psicossocial através dos dispositivos de atendimento necessários para a integração da rede, pela percepção dos gestores, profissionais e usuários do serviço, ou seja, a relação estabelecida nos pontos de atenção à saúde ligada ao território em rede psicossocial.

E para sua avaliação foram criadas quatro categorias com subcategorizações, que emergiram do material de entrevista, como ilustrado no quadro 4. Através do olhar dos entrevistados, discutiu-se o processo da RAPS – seus principais avanços, dificuldades e limites – e as relações estabelecidas na construção do território em rede psicossocial em Alagoinhas no período de 2012 a 2015.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias de avaliação da Territorialidade em Rede de Atenção Psicossocial.

Categorias	Subcategorias
Estratégias de vinculação da raps	- Raps regional - Matriciamento
Acessibilidade	- Visitas domiciliares - Transporte para os usuários - Encaminhamentos
Condições de trabalho	- Recursos físicos - Recursos humanos
Territorialidade em rede psicossocial: relação estabelecida com os desafios e possibilidades.	- Gestores - Profissionais - Usuários

Fonte: Elaborado por: Oliveira, Adriana Antonia.

5.2.1 Estratégias de vinculação da RAPS

5.2.1.1 RAPS Regional

A portaria federal nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, no seu 2º artigo estabelece a diretriz para o funcionamento da RAPS qual seja: “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.”

No entanto, ainda não existe um planejamento regional, quiçá territorial para o atendimento psicossocial seja no núcleo ou na microrregião de Alagoinhas, entretanto, já há iniciativas para a sua construção.

Alagoinhas, por ser um município polo, é referência para alguns atendimentos da região de saúde pertencentes à RAPS. Como serviço regionalizado, tem-se a SAMU, o Hospital Regional Dantas Bião, e o Ambulatório que oferece serviço aos municípios pactuados.

Como estratégia da RAPS regional – ainda em construção – os gestores utilizam o diálogo constante, avaliando as demandas e suas respectivas necessidades, ressaltando a importância da capacitação constante, e planejamento de atendimentos. E o NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde, é um dos serviços ofertados pela secretaria municipal de Alagoinhas, cujo objetivo é a educação em saúde como estratégia de transformação nas práticas de saúde. Este

Núcleo tem contribuído no processo de construção de uma rede regionalizada, como podemos confirmar nos relatos a seguir:

GESTOR 02 – “[...] equipamentos que são regionalizados, mas, a gente precisa capacitar, o NEPS tem sido um parceiro neste sentido, o núcleo de educação permanente, a gente tem estreitado um diálogo, o próprio grupo da RAPS. Existe um grupo no núcleo regional de saúde, hoje, envolvendo menos municípios da região, secretarias de saúde ou representantes, equipes técnicas, mas, estamos avançando num diálogo pra se pensar num projeto para região, por exemplo, onde ficaria mais interessante um CAPS AD, por exemplo: Quais cidades demandam um serviço mais municipalizado? Onde abrigar um equipamento de saúde mental que seja regional? E que leve em conta a questão geográfica, a questão do acesso que você possa atender a população, de zona rural, ela possa ser contemplada. Eu digo que a estratégia está sendo nesse momento, um grupo, que tem se reunido regularmente pra pensar o plano, estratégia, que é o plano regional que a gente está sentando com os parceiros”.

O Núcleo Regional de saúde na microrregião de Alagoinhas participa ativamente no processo de construção, na convocação e planejamento de uma RAPS regionalizada.

Mas ainda não é percebido para a rede de atenção psicossocial o mesmo apoio ofertado às outras redes de saúde:

GESTOR 01 – “Em relação a rede de saúde mental eu não percebo muito apoio do núcleo regional, eu percebo mais apoio na atenção básica do que na saúde mental do município”.

GESTOR 02 – “Em relação à saúde mental, eu acho que o grande papel, em que eu tenho participado em que eu faço parte desse grupo é realmente estar convocando os municípios e para esse diálogo, um levantamento das necessidades, o que é que é estratégia, pra você não estar desperdiçando recursos, ou pedindo coisas que não são pertinentes, que tipo de pactuação pode ser feita, “olha é estratégico você ter um CAPS AD em tal cidade”, “é estratégico você ter leito psiquiátrico em hospital geral em tal lugar”, não é? CAPS I, CAPS II, enfim, o papel do núcleo regional agora tem sido o de estar conectando, provocando, convocando pra esse diálogo, e a construção de um túnel ele precisa ser feito com ser atores que conhecem as realidades, não pode ser de cima pra baixo, eu acho que a partir das necessidades de cada um, e aí esse diálogo está sendo tecido via núcleo regional”.

E quando questionados sobre o desenho regional do SUS, no sentido de trazer alguma relevância para a prestação de serviços da RAPS, os gestores consideraram o desenho do SUS ainda não está condizente com as necessidades do atendimento psicossocial, como citado a seguir:

GESTOR 01 - Eu não vejo, eu vejo o desenho do SUS muito amplo, para uma coisa mais específica e especial que é o paciente com transtorno mental.

GESTOR 02 – Sem dúvida alguma que ele traz, mas acho que em tese, em teoria, eu acho que a ideia, do SUS como política e os seus princípios fundamentais são muito bonitos, fantásticos, mas a gente precisa efetivar, essa coisa de integralidade , essa questão mesmo da equidade do acesso, essas questões que tanto se discute como políticas públicas, no desenho ou em teoria em tese, eu acho que está muito bem pensado, bem planejado, mas disso para uma efetivação prática, a gente ainda tem um “hiato”, acho que tem ainda um fosso que a gente precisa estreitar.

A Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II, fala dos princípios e diretrizes do SUS, e que seriam obedecidos os princípios de universalidade – direito ao acesso de serviços de saúde – integralidade – “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” e a regionalização dos serviços. O gestor 02 supracitado ainda cita a equidade que seria a busca de igualdade do acesso aos com a diminuição das desigualdades.

Dessa forma, a não atenção à rede de atenção psicossocial regional, como as demais entra em confronto aos princípios básicos do SUS.

5.2.1.2 Matriciamento

Quando se trata do apoio matricial os profissionais entrevistados citaram bastante o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como principal articulador do matriciamento, todavia, a demora em conseguir o atendimento com o NASF, tornou-se uma queixa. O CRASS – Centro de Referência da Assistência Social, que seria parte da rede, mas como intersetorial – e a Secretaria Saúde (SESAU) também foi citado como articulador no atendimento à RAPS, como alternativa para a comunicação, com o NASF.

Os profissionais do CAPS relataram a existência de abordagens de matriciamento em 2015, em que realizavam reuniões e capacitações de vinculação com os demais pontos da rede. E que estava se discutindo através de reuniões no CAPS a retomada das atividades de matriciamento e, apesar de negarem a constância, ressaltam a importância para aquisição de conquistas na articulação do matriciamento entre as unidades anteriormente.

PROFISSIONAL CAPS 08 – Olha, a gente teve um momento mais forte aqui dentro do serviço, a gente tinha assim dois profissionais que faziam uma interlocução assim com o NASF e a unidade de saúde da família um PSF....Agora assim, a gente está, acho que num processo de reestruturação; a gente vem discutindo aqui dentro do serviço internamente nas reuniões como é que a gente vai fazer isso, mas a gente conseguiu uma coisa muito bacana no ano passado.

Na realidade intramunicipal, tem-se iniciado um projeto piloto de matriciamento como forma de diálogo entre as unidades da RAPS, discutindo questões específicas de saúde mental, como alega o Gestor 2:

GESTOR 02 – Olha, eu poderia te falar parte da realidade de hoje do Intramunicipal, porque o que a gente tem começado aqui o piloto do matriciamento com as equipes de saúde da família, [...] a gente resolveu não pegar todas as equipes de vez, mas por exemplo, hoje trabalhar com duas, amanhã com três, com núcleos menores pra gente discutir. Então, na pauta desses encontros você tem lá, noções de psicopatologia, discutir a questão da rede, a partir de casos clínicos problematizados a partir de casos reais, vivos, que lá acontecem; sofrimento psíquico é uma coisa que eu sempre digo, ele tem que ser acolhido onde ele acontece, então eu vejo que esse é um piloto que amanhã se ampliar, pra uma discussão maior.”

O matriciamento discutido possibilita um atendimento multidisciplinar em apoio aos casos encontrados, buscando instrumentalizar os profissionais que atuam na rede a lidar com os agravos em saúde mental. Apesar das resistências identificadas no percurso, a reforma psiquiátrica ainda é a melhor opção para o atendimento em saúde mental, e o matriciamento é uma das medidas para o seu fortalecimento enquanto rede efetivamente territorializada, na medida que atua na realidade cotidiana dos pacientes e familiares, nos locais onde vivem.

5.2.2 Acessibilidade

5.2.2.1 Visitas domiciliares

Dentre as atividades em comum dos pontos de atenção que pode incluir os usuários em sofrimento psíquico, está a visita domiciliar, pois promove aproximação com eles e a família.

A portaria federal nº 936, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar do âmbito do SUS, no artigo 2º considera a atenção domiciliar como modalidade de atenção à saúde “[...]substitutiva ou complementar às já existentes,

caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.”.

Logo, a visita domiciliar é prevista para servir como uma das medidas de garantia de cuidado integral ao usuário como também de articulação dos serviços em rede de saúde. E, na atenção especializada em saúde mental, a portaria federal nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que estabelece as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, em seu artigo 4º, caracteriza os serviços estabelecidos que incluem as visitas e os atendimentos domiciliares.

Entretanto, a maioria dos usuários relataram que não foram visitados, e ressaltaram a importância do serviço para o acompanhamento contínuo. Há, entretanto, inconsistência nessas declarações, tendo em vista que, mesmo os que negaram já terem sido visitados, confirmaram as informações dos profissionais e gestores sobre existirem visitas (realizadas por médicos, enfermeiras ou psicólogos).

Outro ponto importante ressaltado pelos entrevistados, foi a dificuldade de transporte para os profissionais realizarem as visitas, e por não ter um veículo disponível na unidade. E os Agentes Comunitários de Saúde foram indicados como uma das formas de acesso aos domicílios:

USUÁRIO 11 –“Eu acho que deveria ter um carro pra fazer as visitas domiciliares que as muitas vezes se adocece e eles nem sabem, quando vem saber já vai me internar, e a pessoa precisa de uma visita pra poder acompanhar um acompanhamento além da internação, além do tratamento um acompanhamento nas visitas”.

USUÁRIO 03 – “É já teve visita lá pelo CAPS... São os agentes de saúde enviados pelo CAPS”.

USUÁRIO GF 11 –“Tem, só que precisa de um carro próprio, um carro desse tipo específico de atendimento, é um carro pra visita domiciliar que não tem assim... é dado pela secretaria de saúde do município, ai precisa do carro”.

USUÁRIO GF 05 - Quando tem carro, quando o carro da maternidade vem, porque aqui a gente não tem um carro próprio pra fazer essas visitas.

Os gestores, profissionais e usuários também sinalizaram que, quando necessário, é a secretaria que fornece o transporte para a realização das visitas domiciliares, essa concordância em informações demonstra acesso igualitário das informações sobre o funcionamento da rede.

GESTOR 02 “ [...] nós temos um núcleo, uma central de transporte na secretaria de saúde, de acordo com as necessidades a gente vai sinalizando, existem os dias fixos para visitas domiciliares e demandas do CAPS, mas os extras a gente tem uma via direta de acesso [...]

Na zona rural, sobre as visitas domiciliares, foi relatada também a dificuldade de transporte, com frequência. Sendo por vezes necessário que os familiares providenciem transporte para promover o descolamento até a unidade:

PROFISSIONAL CAPS 01 – “Na zona rural, a gente faz visita domiciliar, só quando existe o transporte disponível, se não existir a família que tem que providenciar para trazer o usuário. A principal dificuldade é o acesso ao transporte”.

Na Tabela 6 abaixo, estão os dados relacionados às visitas domiciliares em Alagoinhas, conforme o DATASUS, mas não há informação disponível sobre os motivos da visita, e a especificidade da finalidade do atendimento para a saúde mental, apenas o atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares, sendo disponível também a visita domiciliar de profissionais com escolaridade do nível médio e superior, por equipe multiprofissional, que podem incluir ou não, os usuários em sofrimento psíquico.

Tabela 11 - Visitas domiciliares da esfera pública de saúde em Alagoinhas-BA no período de dez-2012 a dez-2015

Procedimento	2012	2013	2014	2015	Total
Visita domiciliar por profissional de nível médio	27.788	336618	341322	251376	1259685
Visita domiciliar/institucional por profissional de nível superior	376	973	1652	434	3435
Assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada	50	5	-	-	55
Atendimento domiciliar para pacientes de centro de atenção psicossocial e/ou familiares	-	28	12	13	53

Fonte: Datasus. Elaborado por: Oliveira, Adriana Antonia.

Conforme os dados acima na Tabela 6, de produção em visita domiciliar de 2012 a 2015, com profissionais de nível médio houve um aumento em 2014 e depois um decréscimo em 2015, mas foram a maior quantidade de visitas realizadas; com profissionais de nível superior aconteceu a mesma oscilação da anterior. Para os pacientes do CAPS, nenhuma visita foi registrada em 2012; ocorreram 28 visitas em dezembro de 2013 caindo para menos de 50% desse valor em 2014 e 2015.

Os dados confirmam a existência de visitas domiciliares realizada pelos profissionais com nível superior, e a importância de fortalecer as visitas por

profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde para vinculação da RAPS devido ao número de visitas consideravelmente maior que as demais.

5.2.2.2 Acessibilidade Rural ao serviço de saúde mental

Alencar (2010) aborda o território como um espaço de legitimação de construção de políticas públicas, e através da inclusão em que cada sujeito social interage na constituição de um território, contribuindo com novos conteúdos para a formulação de políticas públicas, na medida em que se acolhe a conflitualidade na relação entre o rural e o urbano. Essa conflitualidade se materializa, nesse caso, em forma de assimetrias na oferta dos serviços.

Nesse sentido interpreta-se o que os usuários da zona urbana do município de Alagoinhas, relataram, ou seja, que lhes é disponibilizado um passe para o acesso gratuito a transporte de ônibus, mas na zona rural é por “conta própria” dificultando o acesso.

Os profissionais da atenção básica da zona rural confirmaram que os usuários da zona rural, para chegarem ao serviço, pagam o próprio transporte, ou algum vizinho e/ou familiar os transportam. A ambulância existente fica disponibilizada para os casos de emergência.

PROFISSIONAL ABZR 12 –“Olha, assim a gente tem aqui na unidade uma ambulância, mas nem sempre ela está aqui, é que ela atende mais algumas emergências, quando ela está é dia que a unidade aberta ela mesmo fala pro motorista se o motorista pode levar e várias vezes o motorista já levaram alguns pacientes, em sofrimento. E quando não, é as custas dos familiares, ou então algum transporte alternativo, o mais comum é os familiares, algum parente algum vizinho que tem um carro ai ele leva”.

Os profissionais da zona rural relataram não existir nenhuma medida direcionada para o atendimento à população rural – relativa aos usuários de saúde mental – mas que, compensatoriamente, para acompanhar esses usuários, a ESF e o PACS, atuam principalmente na zona rural. Esse serviço tem sido um ponto um ponto de rede de fortalecimento e garantia mínima do acompanhamento do usuário que tenha dificuldades de acessar o serviço especializado, estando atentos ao tratamento medicamentoso – com prescrições e quantidade de medicamentos para que não faltem, ou não o utilizem – como confirmado a seguir:

PROFISSIONAL ABZR 12- “Na zona rural, em específico, como zona rural eu não vejo nenhuma medida assim direcionada, eu vejo medidas de saúde em geral, a gente tem essa atenção nos atendimentos de se prestar atenção, estar acompanhando os pacientes de se prestar atenção principalmente das receitas, como quando vai vencer, não deixa vencer, não deixa faltar comprimidos. Os agentes comunitários estão sempre vigiando em casa pra ver como é que eles tão usando se tão usando certinho, contam. Eles tem muito essa atenção aqui, em todos também estar contando estar vendo se tem medicação demais é porque não tomou, é mais essa questão, as medidas que a gente adota é mais no nível de acompanhar o paciente”.

Os procedimentos relatados convergem com a orientação contida nos Cadernos de Atenção Básica, que discute a Saúde mental afirmando que:

“Entendemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar” (BRASIL, 2013, p. 22)

É também prevista pela gestão que investe na educação continuada, como via do matriciamento, para a capacitação no atendimento de saúde mental também nas unidades básicas e, como relatado, tem gerado uma boa resposta principalmente da zona rural, como se torna possível constatar através do relato do Profissional ABZR 12, e confirmado pelo gestor a seguir:

GESTOR 02 – “[...] diálogo com a via matriciamento, eu vejo as vezes, já avançamos até profissionais da atenção básica ir no CAPS tirar dúvidas, você, por exemplo, você tem um usuário que tá lá na zona rural que não necessariamente ele precisa vir pra uma consulta especializada quando um médico generalista pode... Aí de repente ele não se sente, digamos assim, ele não se sente capacitado ou seguro, até pra uma determinada prescrição, então a gente tem feito... Uma médica psiquiatra vai pra esses encontros, às vezes visitas domiciliares feitas em parceria, uma outra estratégia legal! Que a gente entende que é uma capacitação em serviço, então hoje eu destacaria isso, não é? E do ponto de vista do inter, a estratégia primeira tem sido esses encontros pra formulação da RAPS pra gente poder avançar neste sentido.

Nos casos de urgência e emergência, o meio de transporte mais utilizado é o SAMU, confirmado pelos entrevistados da zona urbana e da zona rural, também sendo citada também, a ambulância na unidade básica entrevistada, além de relatos de utilização de transporte próprio ou de vizinhos.

5.2.2.3 Encaminhamentos

São utilizadas as guias de encaminhamento, e as de referência e contra referências – já discutidas na categorização de “fluxos da RAPS” do território em rede e que segundo o Gestor 1, a escolha das guias deve adaptar-se à situação. As de referência e contra referência, seriam utilizadas para relatar informações mais completas do usuário, caso ele não tivesse a capacidade cognitiva preservada. E às guias de encaminhamento quando estes tivessem maior autonomia, e a não adequação acarretaria na dificuldade de comunicação do usuário com o serviço como observado na fala a seguir:

GESTOR 01 – “A gente tem guia de referência e contra referência, porém a gente percebe que a atenção básica não utiliza, geralmente eles dão a guia, consulta com o psiquiatra, e aí o paciente chega no ambulatório para fazer a marcação sem ao menos saber o que é que tem, aí muitas vezes a gente pede para que volte a unidade de saúde, as vezes eles sabem relatar o que tem, as vezes não sabe. Todos utilizam as guias de encaminhamento e as guias de referência e contra referência, aí fica a critério do profissional de referência a utilização, pois se ele percebe que o paciente vai chegar na unidade e não saber falar sobre o seu problema, ele prefere relatar na guia de referência e contra referência, ou se o paciente é mais esclarecido ele só coloca o motivo da solicitação, e solicita a consulta”.

Os profissionais referiram o uso da referência na RAPS sempre que necessário, mas reclamaram da ausência do retorno através desse meio de comunicação – contra referência – seja pelo meio formal ou informal de transmissão de informações, e também sobre o usuário e/ou família não retornar à unidade. Diante dessa situação, como tentativa de acompanhamento, a atenção básica por estar mais próxima à comunidade vai até a casa do usuário para saber sobre o atendimento encaminhado, como pode ser identificado no relato a seguir:

PROFISSIONAL ABU 04 -[...]“porque assim sempre o agente comunitário ele tem que está informado do que acontece com o paciente, mesmo que esse paciente não retorne, o agente comunitário vai até a residência”.

Os usuários têm demonstrado dificuldades para receber atendimento, solicitando atendimento especial, como ilustrado a seguir:

USUÁRIO/FAM 08 – “Na minha opinião, eu acharia que deveria termos assim, por exemplo, a gente estava precisando de ser atendido pelo médico clínico, aqui deveria nos encaminhar já que a gente é especial, né? Deveria nos acompanhar, já dar uma requisição pra gente ir pro lugar certo. Eu peço

aos nossos familiares, implorando pra levar a gente cedo, de madrugada pra tá lá na fila, enfim, a gente deveria ter um atendimento especial”.

A referência e a contra referência na saúde, pode ser uma base para mudanças, mas ainda em desenvolvimento, tanto na teoria quanto na prática e na divulgação das experiências com resultados ou não (FRATINI, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

O gestor 2, enfatiza a importância da capacitação para que a referência e contra referência seja mais utilizada na rede. Acrescentando a necessidade da comunicação, e compartilhamento do cuidado como ferramenta para que os usuários sejam atendidos conforme suas necessidades e haja uma real integração da rede.

5.2.3 Condições de Trabalho

5.2.3.1 Recursos físicos

Os profissionais foram questionados sobre a estrutura das unidades em que respectivamente trabalham, e todos foram positivos para a atuação de atividades, em relação à estrutura atual e a perspectiva de melhora.

PROFISSIONAL CAPS 01 – “A rede física tem várias salas para realizar oficina, para o funcionamento administrativo. Temos acesso a internet, para administração de forma geral”.

PROFISSIONAL CAPS 08 – “A gente deu um salto bastante elevado. Nós estamos em 2016, em 2014, se eu não me engano, junho de 2014 nós íamos pra essa atual sede. E assim foi um salto muito qualitativo em termos de estrutura física. A gente tem uma qualidade em internet boa aqui, sabe aqui a gente tem acesso de boa não tem problema algum, vez por outra quando cai mas assim, não é aqui, no serviço, quando cai na rede mesmo [...] Eu acho que as dificuldades que a gente tem hoje é ainda com a questão de material, material que eu digo, material de oficinas... trabalho com muitos materiais acho que esse acaba sendo um dos grandes problemas.

PROFISSIONAL SAMU 09 – “Bom, a estrutura daqui, eu não tenho do que me queixar não, é uma estrutura boa. Em termo físico e em relação às unidades também, os atendimentos, tem o transporte também que está nesse meio também”.

PROFISSIONAL AB 04 – “Bom, a unidade nós estamos mudando porque aqui já tem certo tempo, e eu tenho aqui seis anos já tenho certo tempo, e aqui não tem condições nenhuma de ser uma unidade de saúde”.

PROFISSIONAL AMB 03 – Vamos considerar, lá o outro posto, porque estamos transitoriamente neste posto enquanto o outro é reformado, então não vou comentar sobre este. Acho que as instalações são boas, pelo menos pra os profissionais, pelo menos pra mim”.

Tornando-se importante também a necessidade de outros pontos especializados de saúde mental para atender à demanda, que segundo gestores e profissionais é alta, e só tem aumentado, principalmente os transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de álcool e outras drogas:

GESTOR 02 – “[...] tem questões, por exemplo, se a gente for pensar, os agravos de craque de álcool e outras drogas, a gente já tem um perfil, que já justifica por exemplo imediatamente a implantação de outros serviços, um CAPS AD aqui é urgente como também o atendimento a criança e ao adolescente, porque o nosso CAPS, por exemplo, não é um CAPS para crianças e adolescentes, mas ai a gente fica tendo estas demandas que acabam indo para o ambulatório, álcool e outras drogas como não tem o CAPS AD a gente acaba, também, tendo que absorver, mas não é uma absorção especializada. E então, a gente tem pensado nisso, mas só que esse diálogo, tem que ser um diálogo Intersetorial e temos que discutir isso amplamente, não pode ficar ali restrita ao CAPS”.

5.2.3.2 Recursos humanos

Conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil (CNES), no CAPS e no ambulatório, as ocupações profissionais de Assistente social, bioquímico/farmacêutico, enfermeiro psiquiatra, psicólogo clínico, orientador educacional e terapeuta educacional, em dezembro de 2015, totalizaram 30 profissionais, como a seguir, na Tabela 7.

Tabela 12 - Ocupações de Nível Superior: Assistente Social, Farmacêutico, Enfermeiro psiquiátrico, Psicólogo Clínico, Médico Psiquiatra, Orientador Educacional, Terapeuta ocupacional no CAPS, e ambulatório em dezembro de 2015

Tipo de Estabelecimento	Assistente Social	Bioquímico/farmacêutico	Enfermeiro	Psicólogo	relac à Saúde	Total	
Centro de atenção psicossocial - CAPS	2	-	5	3	1	1	12
Clínica especializada/ambulatório especializado	3	2	-	10	2	1	18
Total	5	2	5	13	3	2	30

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Entretanto, como já citado na subcategoria “estrutura física”, a demanda de saúde mental tem aumentado, necessitando além de mais pontos especializados,

conforme entrevista com gestores, profissionais e usuários. Os relatos apontam a necessidade de haver mais profissionais especializados para o atendimento, como médicos psiquiatras, enfermeiros e psicólogos, e a importância da vinculação trabalhista efetiva com a unidade, titulação como capacitação básica e educação continuada, como referido a seguir:

GESTOR 02 – Olha, acho que é um grande desafio, é limite, e é desafio, porque a gente ainda vai operando muito na base da necessidade que seja, da demanda emergencial e é preciso planejar muito, a gente não pode estar assim. Agora eu preciso de enfermeira, porque uma da equipe tirou licença prêmio, se aposentou, saiu de férias e etc. e tal, e agora eu vou contratar uma enfermeira. Eu acho que é preciso perspectivar, planejar, você vê que saúde mental como saúde de forma geral, você só faz com gente, gente cuidando de gente, não é? E é preciso priorizar, agora com a grande preocupação é que no meu entendimento as questões das seleções e, dos concursos, primeiro evitar precarização do vínculo, que imagina você ter uma enfermeira, um médico, um psicólogo, um terapeuta ocupacional começa um trabalho hoje, daqui a pouco acabou o contrato ou o REDA ou cooperativa, seja lá o que for, eu acho que essa precarização, ela fragiliza a clínica, acho que a gente precisa avançar na perspectiva que as pessoas se efetivem, e não só se efetivem mas que elas estejam capacitadas e não é apenas ter o título que possibilite o acesso, mas a educação continuada. Eu acho que é um aspecto fundamental.

Como medida, o Gestor 01, relata que vem sendo buscado junto à Secretaria de Saúde, a abertura de novas vagas, e captação de novos profissionais, havendo um concurso previsto ainda em 2016, demonstrando concordância com a necessidade não só do aumento de profissionais, mas também da vinculação efetiva:

GESTOR 01 – Na verdade, esse planejamento não parte da gente, a gente percebe nossa demanda, inclusive a demanda de psiquiatria tem aumentado muito, eu já tenho buscado junto à secretaria de saúde, para que se abram vagas, para captação de novos profissionais, a gente vai ter agora um concurso no meio do ano, e vai estar contratando novos profissionais para essa atenção, porém esse planejamento estratégico é feita pela diretoria de planejamento da secretaria de saúde.

Para o CAPS, além dos profissionais de nível superior foi citado por profissionais e usuários a necessidade de haver mais oficinairos para as oficinas terapêuticas e maior número de seguranças dentro da unidade como representados a seguir:

PROFISSIONAL CAPS 01 – “O que dificulta é a ausência de oficinairos para poder ajudar nas oficinas, pois os usuários gostam muito de ter oficina que ajudem eles terem uma renda”.

USUÁRIO/FAMILIAR 11 –“Eu acho que a gente deveria ter mais segurança, porque tem muito usuário que diz que é doido, doente mas falta com o respeito principalmente quem é casado então falta mais segurança”.

Conforme a portaria 336/2002 o CAPS III, que é a modalidade de Alagoinhas, com serviço que funciona 24hs, uma equipe mínima para atendimento de 40 pacientes por turno, com limite de 60 pacientes por dia, precisará de psiquiatras, enfermeiro especialista em saúde mental, mais cinco profissionais de nível superior como (psicólogo, assistente social, etc.), oito profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, oficinairos, etc.), e nos plantões de acolhimento noturno 3 técnicos de enfermagem – com a supervisão do enfermeiro, um profissional de nível médio.

O quantitativo de profissionais é compatível com a portaria, mas diante da demanda, e algumas situações como férias, aposentadorias de funcionários, têm-se percebido a necessidade de aumentar o quantitativo de profissionais da atenção especializada.

5.2.4 Relação estabelecida com os desafios e possibilidades.

5.2.4.1 Gestores

A relação estabelecida entre os gestores e o território em rede, na sua territorialidade, demonstrou sua participação ativa no planejamento e execução das medidas da rede psicossocial.

Referiram, confirmado pelos profissionais uma boa interação com os profissionais, e a busca pela escuta individualizada dos usuários nas próprias unidades, e informações para o acesso a ouvidoria do município para acolher as necessidades dos usuários para o aprimoramento da rede:

GESTOR 01 –“[...] nós sempre estamos ouvindo as queixas dos usuários, para a cada dia estarmos tentando melhorar nosso atendimento. Essa escuta na verdade é individualizada, quando a gente percebe que tem algum usuário insatisfeito no atendimento, a gente sempre chama na sala da coordenação, para estarmos conversando, nós temos também a ouvidoria do município, que a gente tem cartaz espalhado na unidade, para se o usuário não quiser se expor no momento, estar procurando a ouvidoria, para ter as explicações, e a coordenação de todas as unidades, está sempre ciente que qualquer paciente que tiver queixa, eles vão estar recebendo, para a gente trabalhar em cima da queixa daquele usuário”.

Segundo a gestão iniciada no segundo semestre de 2015, um diálogo com os presidentes das associações de bairro e outras instituições que atendem às demandas de saúde mental para ampliar as parcerias foi aberto, fortalecendo e ampliando os dispositivos da Rede Psicossocial de Alagoinhas-BA.

Além da escuta dos usuários do serviço, e ainda conforme as entrevistas – para a rede regionalizada – apesar de não concluída, tem-se buscado continuamente os municípios para o planejamento. Além disso, ambos os gestores entrevistados passaram as mesmas informações sobre as medidas implantadas para a melhoria, demonstrando boa articulação no planejamento da rede psicossocial.

Há concordância também no que se refere à consciência de que a rede ainda não está integrada, mas demonstrando comprometimento para o seu aprimoramento.

5.2.4.2 Profissionais

Apesar da boa relação entre profissionais e gestores, confirmados por ambos, poucos profissionais relataram a participação nas discussões sobre o planejamento e aprimoramento da RAPS.

E essa participação, conforme entrevistas está diretamente relacionada à ligação estabelecida entre os profissionais e o território em rede psicossocial. Os mais participativos e mais conscientes mostraram disposição e interesse para a integração da rede realizando atendimentos, encaminhado e acompanhando periodicamente os usuários, porém, outros mostraram “falta de afinidade” como desafio para a participação no território em rede psicossocial estudado. Foi levantado por eles mesmos a dificuldade já citada na contra referência estar ligada à “falta de interesse” de alguns profissionais.

PROFISSIONAL ABZR 12- “Sim, sim a gente faz todos, a médica periodicamente ela sempre atende, e é assim, tem alguma necessidade que eu vejo que não é demanda médica que é mais alguma orientação, questão da família também eu costumo atender, costumo realizar visitas, o quando tem algum paciente que teve algum problema especial, os agente comunitários sinalizam, a gente visita, conversa com a família, outro serviço que a gente tem aqui é o CRAS, que a gente conseguiu fazer essa interlocução com as meninas e ai a assistente social, peço pra elas fazerem as visitas e elas fazem.

PROFISSIONAL ABU 05 –“ [...] eu tive outra dificuldade é até porque, vamos dizer não é minha praia, o público que eu tenho de HIPERDIA é que vem só pra ver alimentação saudável e a parte da prescrição médica [...] nunca também me interessei porque não é uma coisa, como eu te falei não me atrai, eu posso atender sim, mas não é um público que me atrai, tipo assim “ eu vou me aprofundar em saúde mental” eu acho bonito quem gosta, pra mim saúde da mulher é o máximo, entendeu? E cada um sabe o que realmente, não é menosprezando ninguém, eu acho lindo, mas pra mim cada um sabe o que gosta o que tem afinidade”.

PROFISSIONAL ABZR 11- “Acho que...Dificuldade é a contra referência, eu acho que um pouco de desinteresse [...]”.

Diante disso, os profissionais indicaram conforme sua vivência cotidiana com a rede, as principais dificuldades de integração da rede, como também sugeriram, e confirmaram quais medidas melhorariam a fluidez da rede psicossocial.

A primeira medida citada de aprimoramento, seria o fortalecimento de uma medida já ativa que é o matriciamento, tornando as reuniões mais frequentes com o NASF e CRASS melhorando a resposta e a comunicação, e foram citados várias vezes ao longo das entrevistas como meio de articulação da rede, como representado na citação abaixo:

PROFISSIONAL ABZR 11- É isso que eu estou dizendo, eu acho que ainda é precário, que às vezes a gente procura e não acha. Tem o NASF a gente procura, marca e a gente encaminha e a gente tinha as reuniões pelo NASF e eu acho que era mais produtiva hoje não sei porque abrangia mais o PSF. Às vezes a gente necessita fazer ainda os encontros, também tem o CRASS que também a gente procura, que a gente acha as respostas às vezes não, ficamos esperando. Eu acho que tudo a gente tem que fazer sair da mesa, precisa andar, buscar e a gente quer fazer uma reunião assim.

As reuniões não foram citadas apenas com o NASF, mas também demonstraram interesse para o aprimoramento de conhecimento através dos especialistas em saúde mental:

PROFISSIONAL ABU 06 – Gostaria que tivesse mais acesso aos especialistas, e também fazer um trabalho em grupos, até mesmo que os especialistas passassem alguma coisa pra gente, isso eu acho que seria ótimo, sabe por que? A gente trabalharia melhor, saberia um pouco mais, o que fazer, e diminuiria um pouco a demanda lá no CAPS. Então eu acho que seria ótimo que fizessem isso com a gente.

Nesse processo de capacitação foi citado pelo profissional CAPS 08, também outros pontos de atenção para o CAPS, capacitando os profissionais do CAPS, na

detecção precoce de outras patologias clínicas e encaminhamento adequado, para “costurar a rede” em todos os sentidos, citando como exemplo, uma experiência:

PROFISSIONAL CAPS 08- Tivemos um enfermeiro aqui pra discutir essa questão da Hanseníase, então, como é que a gente identifica isso aqui dentro dos nossos serviços? Os nossos usuários daqui que apresentam, como é que a gente pode estar referenciando? Tentando acionar as outras unidades de saúde pra que eles possam de alguma forma ofertar um cuidado? Como é que a gente referencia? Então pra gente não ficar aqui tão fechadinho no nosso casulo de que só é saúde mental, porque é uma crítica que eu faço também, às vezes a gente acha que a unidade de saúde da família não se preocupa com saúde mental, as vezes acha que a gente se preocupa apenas com isso, não apenas no sentido que é pouco, mas que a gente também às vezes não atenta pra essas questões, uma pessoa que está aqui que tem hanseníase, o que é que a gente faz? Cuidar da hanseníase é também cuidar da saúde mental dessas pessoas, que sabe-se lá que impacto vai ter na vida emocional dessa pessoa estar com hanseníase, enfim.

Os profissionais do CAPS demonstram iniciativa e busca constante de superação das dificuldades encontradas, como exemplificado a seguir:

PROFISSIONAL CAPS 08 – “[...] a gente tenta atravessar essas dificuldades usando a criatividade, só que também não dá pra isso o tempo inteiro ficar tirando coelho de cartola, mas que a gente vem tentando e acho que a gente vem conseguindo superar sim. Apesar dessas dificuldades, a gente tem uma coordenação aqui no CAPS, uma equipe que se mobiliza e com atenção que também não fica muito esperando as coisas acontecerem, “futuca”, vai lá na secretaria tentar conseguir e tem dado resultados bons.

As dificuldades que a SAMU demonstrou relaciona-se à segurança dos profissionais, pois atendem aos usuários, na maioria das vezes com agitação psicomotora e por vezes com heteroagressividade, tendo por rotina acionar como apoio a Guarda Municipal ou a Polícia Militar e por vezes não recebendo este apoio. Há relatos de que apesar das dificuldades vivenciadas, na maioria das vezes há êxito na abordagem e transporte do usuário:

PROFISSIONAL SAMU 09– Bom às dificuldades que a gente encontra mais pra lá (local do atendimento) é a parte da segurança da gente, normalmente quando a gente vê uma ocorrência dessa a gente tem que solicitar o apoio ou da Guarda Municipal ou da PM, a gente tem que resguardar a segurança da gente em primeiro lugar.

PROFISSIONAL SAMU 10 -“ A dificuldade é que às vezes a gente não tem o apoio da PM pra ajudar-nos a recolher esse paciente, mas, na maioria das vezes dá tudo certo(risos)”

A atenção básica, diante da dificuldade para conseguir os atendimentos específicos como consulta psiquiátrica, e exames de acompanhamento, considerando a demanda maior que a oferta, a espera para receber os exames, transporte e acesso aos medicamentos, é cumprida com os profissionais às vezes utilizando o próprio carro para visitar os pacientes, havendo em todas as unidades o atendimento clínico com renovação de prescrição. Sugerem o atendimento psiquiátrico especializado ao menos uma vez por mês na zona rural, para facilitar o acesso dos usuários ao serviço especializado. E foram realizados elogios ao serviço do CAPS:

PROFISSIONAL AB 04 – Bom as facilidades são menos e as dificuldades são mais. Quando um paciente precisa de um atendimento a doutora vem, ele vem pro atendimento, a doutora solicita um exames e esses exames eles chegam com três meses quando é laboratorial, eletrocardiograma e tem alguns que nunca chegam que é ultra som, ultra, transvaginal e as outras ultra sons. Muitas das vezes o usuário tem que pagar pra poder fazer o exame, ou então ficar esperando anos e anos.

PROFISSIONAL ABZR 12- Eu vejo aqui no município que o CAPS funciona direitinho o serviço e que oferece todos os recursos necessários, o fluxo funciona bem, agora assim, como dificuldade é quando está com pouco psiquiatra ,então assim, ficou um pouquinho complicado, outra dificuldade que a gente faz a referência não volta a contra referência, então a gente não sabe o que foi feito no paciente então assim eu acho que é uma das dificuldades, outra dificuldade aqui na minha comunidade que a gente é, como nós somos zona rural, a maioria das pessoas não tem poder aquisitivo, então assim, passou uma medicação que não tem no CAPS, eles não compram. Mas, de regra no geral eu acho que a gente tem mais a fortalecer as facilidades do que esbarrar nas dificuldades.

PROFISSIONALABU 02- A dificuldade, primeiro é ter, não tem carro, que nós temos aqui muitas visitas, tanto assim com o médico como pra um psicólogo – NASF - também pra ir até a casa ai a gente tem dificuldade, mas o paciente vir até a gente graças a deus a gente nunca, mas aqui que o certo é a gente ir até a casa deles, a gente não tem carro a dificuldade é carro, a dificuldade que está tendo, a semana passada mesmo era 6 visitas, nós fizemos por motivo de carro, por coincidência a doutora até vai no carro dela, mas estava quebrado.

PROFISSIONAL ABZR 11- Na minha visão aqui acho que facilidade a gente tem bastante, basta a gente saber desenvolver. O processo procurar as pessoas certas e lutar, porque tudo depende também da gente está lutando e persistência. A gente tentar sensibilizar e conscientizar e não conscientiza ninguém, mas tentar sensibilizar a comunidade ou os parentes da família até com os profissionais mesmo, discutir, conversar. Na conversação, qual seria o passo melhor? Uma passa a experiência pra outra e a gente bota os assuntos em dias pra ver quem é que está com mais pendencia pra poder tentar a chegar numa solução.

Em suma, os profissionais demonstraram disposição e interesse para a integração da rede conforme identificação e capacitação ao serviço em rede de

atenção psicossocial. Apesar de citadas as dificuldades organizacionais de acesso a exames e medicamentos solicitados, o transporte para realização de visitas, também foi enfatizada a importância da conscientização e sensibilização entre a comunidade, familiares e profissionais para chegar a soluções.

5.2.4.3 *Usuários*

Os usuários se mostraram atentos aos limites e possibilidades do serviço de saúde mental do município.

Discutiram questões importantes para a melhoria relacionada ao serviço de saúde mental, como a importância de haver mais médicos, aumentar o número de visitas domiciliares aos usuários que frequentam a unidade, sobre a importância de haver mais guardas na unidade para organização e controle da unidade, aumentar o número de oficinas, colchões para os acompanhantes dos usuários em acolhimento noturno, e melhorar a alimentação, exemplificado nas citações abaixo:

USUÁRIO/FAMILIAR 03 – “É ter mais visita, que por enquanto as visitas são poucas, mas tendo mais visita pode melhorar muito mais”.

USUÁRIO/FAMILIAR 01 – Uma coisa importante que eu tenho a falar pra todo mundo aqui ouvir, o CAPS aqui, ele tem que melhorar não é só na medicação, no atendimento, mas também na alimentação, porque às vezes precisamos chegar aqui de manhã, comer uma fruta, às vezes toma um café preto, café com leite, uma fruta de manhã, uma maçã pra dar, dar um suco que é melhor em vez de café, às vez dará um pão com salsicha, dar um pão com mussarela, porque nós somos usuários daqui no CAPS eu participo das oficinas eu assino a frequência quando eu venho, participo, a medicação que a gente toma eu não sei o caso de todos aqui , eu tomo 3 tipos de medicação, e é quando eu chego em casa a primeira coisa que eu faço é lavar as mãos, tomar um banho e dormir, quando chega a tarde, tomar um suco uma vitamina, eu não gosto de tomar muito café, então aqui no CAPS devia parar mais de dar café, porque esse remédio é forte ai precisamos melhorar mais essa medicação aqui no CAPS.

USUÁRIO/FAMILIAR 02 – Eu acho que precisa mais de mais condições para pessoas, as pessoas que ficam acolhidos aqui, e os acompanhantes dos acolhidos podiam ter colchões pra ficar acompanhando os acolhidos porque as pessoas que chegam ficam dormindo sentados nas cadeiras, esperando, as vezes ficam dias aqui 8 a 10 dias.

Na percepção dos usuários, em relação às consultas agendadas, a suficiência do serviço, mostrou que conhecem a rotina de marcação nas unidades, e sua periodicidade, se sentindo acolhidos no sistema de marcação:

Usuário 02 – É de três em três meses que a gente vem, e se tiver algum problema a gente pode vir antes que eles atendem a gente.

Enfim, os usuários demonstraram boa relação com os profissionais do CAPS, sentimento de acolhimento, e despertados ao funcionamento do serviço de saúde mental do município. Alertando sobre a importância de melhor estruturação e atenção aos usuários e familiares em acolhimento diurno e noturno, melhor qualidade dos alimentos e acompanhamento periódico também através de visitas domiciliares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da compreensão das redes de saúde como estruturas flexíveis e adaptáveis aos diversos espaços, o estudo da Rede de Atenção Psicossocial na perspectiva territorial possibilitou a compreensão de que a rede psicossocial tem a peculiaridade de enfrentar uma herança manicomial centralizada, construindo novas perspectivas e desconstruindo valores que excluem e limitam os usuários quanto à inserção nos diferentes fluxos da Rede.

Em termos logísticos, os pontos de atenção à saúde que compõem o território em rede psicossocial cujo espaço físico estudado foi o do município de Alagoinhas, utilizam as guias de encaminhamento, referência e contra referências, e telefone para estabelecer seus fluxos de informações e pessoas; no entanto, o conhecimento dos papéis específicos e compartilhados de cada “extremidade da rede” ainda não está totalmente esclarecida àqueles que dela participam.

É possível afirmar que a Rede de Atenção Psicossocial em Alagoinhas lida com processos relativos aos valores contemporâneos da saúde mental no Brasil, mas também com questões operacionais.

Além disso, a partir da abordagem territorial, foi possível perceber que a territorialidade necessita das medidas político-institucionais e recursos para a efetivação da rede psicossocial, que ainda está em construção, enfrentando os desafios do estigma da herança psicossocial, mas que poderá ser fortalecida pelo poder público em sua capacidade de coordenação estratégica e organizacional sancionando decisões estruturantes através dos financiamentos adequados.

A Rede de Atenção Psicossocial regionalizada ainda está em construção não contando com um projeto finalizado, embora os gestores tenham mostrado interesse para a sua finalização e implantação, realizando reuniões e discutindo medidas para o uso racional de recursos de instalação dos pontos de saúde especializados como o CAPS AD e CAPSi, que possibilitem acesso ao serviço, discutindo a possibilidade de instalá-los em outros municípios da microrregião.

Este cuidado remete a um princípio do SUS: a descentralização. Para que os serviços não fiquem tão centralizados em Alagoinhas associa-se parcialmente a oferta de transporte à instalação dos pontos de saúde, facilitando a mobilidade para

o acesso aos serviços, já que este município é referência também de outros serviços por ser o maior da microrregião em que está inserido. Logo, independente dos municípios a receberem instalações para os serviços especializados, há que se levar em consideração a acessibilidade dos usuários ao serviço.

A microrregião de saúde de Alagoinhas é composta por 18 municípios, dos quais 83% possuem 50% ou mais de domicílios localizados na área rural; isto torna imprescindível que se considere a dificuldade dos deslocamentos da zona rural para a sede dos municípios e entre um município e outro.

Em Alagoinhas, os usuários do Centro de Atenção Psicossocial têm passe livre nos coletivos da zona urbana, mas não há passe livre para os usuários da zona rural, que por vezes utilizam os transportes escolares, os carros pagos para transporte e automóveis de familiares e vizinhos que se disponibilizam. A ausência de medidas direcionadas ao acesso da população rural aos serviços da Rede, dificulta a efetividade do direito à atenção especializada para esta população.

Cabe salientar que essa dificuldade também é enfrentada pelos profissionais de saúde no acesso aos usuários através das visitas domiciliares, por causa do transporte escasso, o que foi relatado pela atenção especializada (CAPS) e pela atenção básica, e assim dificultando o acompanhamento adequado aos pacientes.

Os profissionais com escolaridade de nível superior realizam visitas semanais agendadas, mas não dispõem de carro próprio da unidade, enfrentam dificuldades para atender toda a demanda. Torna-se importante proporcionar o acesso ao transporte para a vinculação adequada da rede entre os pontos de saúde, para visitas conjuntas e a busca dos usuários, sempre que se fizer necessário.

Além das condições de trabalho, a relação estabelecida com o território em rede está diretamente ligada ao compromisso dos gestores, profissionais da saúde mental, e outros profissionais interessados em prestar um bom serviço à rede – a qual tem sido “tecida” diariamente, a cada experiência, e aos poucos a rede tem se fortalecido.

A construção social e política da trajetória de “construção e desconstrução” deve ser permanentemente inclusiva de parcelas crescentes de populações marginalizadas pela centralização de medidas na zona urbana, devendo-se levar em consideração o acesso da população rural, ofertando atendimento especializado, ou

facilitando igualmente o acesso ao serviço. É possível afirmar que a oferta de serviços centralizada é pelo menos conservadora de desigualdades sociais, o que denota o avanço democrático do sistema SUS.

A territorialidade, dimensão em que os indivíduos se constituem em sujeitos sociais foi constatada no fortalecimento da ideia do indivíduo através dos espaços também individualizados, em sua relação estabelecida com a RAPS, do que se obteve resultados diversos.

De forma positiva, os profissionais em sua maioria mostraram-se bem integrados com a rede ou interessados no aprendizado em forma contínua de capacitação, embora uma parcela ainda precise passar por sensibilização.

Como dificuldade enfrentada, todos os entrevistados relataram o número pequeno de profissionais para atender à demanda de usuários. Conforme os gestores entrevistados, existe a pretensão em recrutar mais profissionais especializados através de contratação e concurso previsto ainda para o ano em curso (2016).

Os gestores demonstraram comprometimento com o fortalecimento da rede, através da estratégia de escuta para a construção da RAPS.

A escuta dos usuários é realizada através da ouvidoria do município, ou sempre que percebida a necessidade, na própria unidade pelo profissional presente.

Os profissionais são ouvidos e capacitados através do Núcleo de Educação permanente em Saúde, o qual também é importante para a vinculação da RAPS pela existência de um projeto piloto de matriciamento realizado pelo NEPS e CAPS com as diversas unidades.

Os profissionais também são atendidos através das reuniões nas unidades, que conforme relatos há comprometimento dos gestores em busca dos resultados.

O planejamento para a construção e vinculação da rede tem sido amadurecido através de reuniões e assembleias para discussão de medidas. Mas os principais interessados que são os usuários, pouco relataram participação nessas reuniões e discussões de planejamento, o que fragiliza a territorialidade da Rede.

Como comunicação entre os pontos da rede, os profissionais utilizam os próprios telefones, relatando que se sentem mais próximos e com resposta mais rápida.

Para que os usuários possam ser encaminhados entre os serviços disponíveis na rede, são utilizadas as guias de encaminhamento, referência e contra referência. Entretanto, os profissionais devem escolher a forma mais adequada de encaminhamento conforme capacidade cognitiva do usuário.

As guias só possuem o procedimento ou atendimento que o usuário precisa, e nem sempre o usuário consegue relatar ao profissional que não tem acesso ao seu histórico, os dados necessários para o atendimento de maior qualidade.

Já a referência, relata a necessidade do usuário, o procedimento realizado e o motivo do encaminhamento; por outro lado, a contra referência conforme os entrevistados, não tem sido utilizada, prejudicando a continuidade do atendimento. Esse aspecto carece de capacitação operacional dos profissionais e ênfase sobre a importância da contra referência, e a cobrança contínua para o seu preenchimento. O fluxo de contra referência é um determinante de efetividade, pois como descreveu um dos profissionais entrevistados, se esse encaminhamento não for realizado de forma adequada, a rede de saúde se transformará numa “rede de peixe”, onde os usuários não conseguirão transitar de forma fluida entre os pontos de atenção, levando ao comprometimento do atendimento integral.

Os usuários elogiaram os profissionais quanto ao quanto eles lhes proporcionam amparo e acolhimento. Entretanto, em relação ao funcionamento do serviço de saúde mental, alguns usuários indicaram medidas de melhorias relacionadas à estrutura, ao atendimento e acessibilidade como: maior número de profissionais para o atendimento da demanda, alimentação adequada levando em consideração a quantidade de medicamentos que utilizam, materiais para as oficinas e humanização na estrutura física para os acompanhantes dos usuários acolhidos no turno noturno, pois não há leito para passarem a noite.

Em síntese, a avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas-BA, no período de 2012 a 2015, na perspectiva de Território e Territorialidade em Rede, permitiu conhecer a realidade construída através das experiências e interação de pessoas e tecnologias de informação. A identificação

dos pontos de atenção caracterizando a sua dinâmica de funcionamento em rede de atenção psicossocial com base no território, e dos seus dispositivos de integração foram passos fundamentais para conhecer a Rede em seus aspectos fixos e de fluxos, e compreender que a extensão de sua cobertura e sua territorialidade são interdependentes para garantia da efetividade do direito à saúde para todos os seus usuários.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Cristina Maria Macêdo de. Metropolitan Rurality in the dynamic territorial local. **Interações** (Campo Grande), v. 11, n. 1, p. 23-32, 2010.

ALVES, Paulo César; RABELO, Mírian Cristina. Significação e metáforas na experiência da Enfermidade. In: RABELO, Mírian Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiências de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AMARANTE, Paulo. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 21-50, 1995.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: <<http://docslide.com.br/education/bardin-laurence-analise-de-conteudo.html#>>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BARCELLOS, Christovam. A saúde nos sistemas de informação geográfica: apenas uma camada a mais? **Caderno Prudentino de Geografia**, Presidente Prudente/SP, n. 25, p. 29-43, 2003.

BARROS, Marcia Maria Mont'Alverne de; JORGE, Maria Salete Bessa. Prática de saúde mental nos centros de atenção psicossocial: o discurso do sujeito coletivo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Ceará, v. 34, n. 3, p. 468-481, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/48/48>> Acesso em: 28 mar. 2015.

BRANDÃO, Carlos Antônio. Teorias, estratégias e Políticas Regionais e urbanas recentes. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n. 107, p. 57-76, jul / dez 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Seção 1 Brasília, 13 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987**. Dispõe sobre a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Brasília, 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-norma-pe.html>> Acesso em: 03 nov. 2015.

BRASIL. MS. Ministério da Saúde. Ana Marta Lobosque (Org.). Encontro nacional de saúde mental. **Caderno Saúde Mental: A reforma psiquiátrica que queremos por uma clínica antimanicomial**. Belo Horizonte, v.1 2006b.

_____. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 03 nov. 2015.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamento 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. **Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014**. Modifica a estrutura organizacional da Administração Pública do poder executivo estadual e dá outras providências. 12 jan. 2015. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/LEI%20N%C2%BA%2013.204%20DE%2011%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202014.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. **Lei n. 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, seção 1, 6 de abril de 2001a.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 05 nov. 2015.

_____. **Portaria/ GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **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). Brasília, 31 nov. 2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 29 out. 2015.

_____. 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. 30 dez. 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html> Acesso em 13 jun. 2015.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, 24 de maio de 1993. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>Acesso em: 05 nov. 2015.

_____. **Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013.** Define o valor de financiamento do piso de Atenção Básica Variável para os núcleos de Apoio à Saúde da Família nas modalidades 1, 2, 3. 2013. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html> Acesso em 13 jun. 2015.

_____. **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, 2005b.

_____. **Resolução CIB nº 275/2012 de 17 de agosto de 2012.** Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das comissões intergestores regionais. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/cib/arquivos/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20da%20CIB/2012/Resolu%C3%A7%C3%B5es%20CIB%20de%20151%20a%20300.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE **Norma Operacional da Assistência à Saúde/ NOAS SUS 01/01**, estabelece o processo de regionalização. Brasília 26 jan. 2001b.

_____. **Saúde mental e economia solidária:** inclusão social pelo trabalho. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Brasília/DF: Ministério da Saúde, série 1. História da Saúde no Brasil, 2008. Disponível em:<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf> Acesso em: 11 abr. 2015.

_____. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. OPAS. Brasília, 2009.

BRASIL, Flávia Duque; COSTA, Luciana Assis. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos/SP, v. 22, p. 435-442, 2014. Disponível em:<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/660/545>> Acesso em: 1 abr. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas de Saúde no Brasil. In: _____ **CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social**. Brasília:UnB-CEAD/CFESS, 2000. Disponível em:<[file:///C:/Users/Adriana/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-\[16-200511-SESM-T\].pdf](file:///C:/Users/Adriana/Downloads/politica-de-saude-no-brasil-por-maria-ines-souza-bravo-[16-200511-SESM-T].pdf)> Acesso em: 30 out. 2015.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 16-22, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000800004&script=sci_arttext > Acesso em 1 abr. 2015.

CAZZOLATO, José Donizete. Geografia, Território e Gestão- Contribuição ao debate sobre a Regionalização do SUS – Apresentado no II Congresso Internacional e IV Simpósio Nacional de Geografia da Saúde, 2009. Disponível em:<<http://www.donizetegeografo.com.br/html/textos.html>> Acesso em: 29 out. 2015.

CARVALHO, Marissol Bastos de. (Org). **Psiquiatria para Enfermagem**. São Paulo: Rideel, 2012.

CASTELLS, Manuel. **A era da informação**: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e terra, 1999.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, v. 1, 4ª ed., 2000.

CASTRO, Leonardo Martins; MAXTA, Bruno Souza Bechara. Práticas territoriais de cuidado em saúde mental: experiências de um centro de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 6, n. 1. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/viewFile/38701/41552>> Acesso em: 11 abr. 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saúde Pública**, v. 13, p. 469-478, 1997.

COSTA, Luciana Assis; BRASIL, Flávia Duque. Cidade, territorialidade e redes na política de saúde mental. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos/SP, v. 22, n. 2, p. 435-442, 2014.

DALLABRIDA, Valdir Roque. **Novos paradigmas para o desenvolvimento regional**. 1999. Disponível em: <<http://www.dge.uem.br/geonotas/vol3-1/dala.html>>. Acesso em: 13 jun. 2015.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DEVERA, Disete; ROSA, Abílio da Costa-. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 6, n. 1 p. 60-79, 2007. Disponível em: <<http://www2new.assis.unesp.br/index.php/revista/article/viewArticle/46>> Acesso em: 29 out. 2015.

DUARTE, Ligia Shiavon et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 24, n. 2 p 472-485, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2015.

ESPERIDIÃO, Elizabete et al. A enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66 set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700022&script=sci_arttext> Acesso em: 25 abr. 2015.

FOULCAULT, Michel. Outros espaços. In: **Ditos & Escritos III – Estética: literatura e pintura, música e cinema**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde-DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i1.4908. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>> Acesso em: 19 set. 2016.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

GONDIM, Roberta, GRABOIS, Victor, MENDES JÚNIOR, Walter Vieira, (Orgs) **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009, v.1. p. 402.

GUIMARÃES, Jacicleide; SAEKI, Toyoko. Sobre o tempo da loucura em Nise da Silveira. **Ciência e Saúde Coletiva**, local? v. 12, n. 2, p. 531-38, 2007.

GUIMARÃES Luiza; GIOVANELLA Ligia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, vol.16, n 4, p.283-288,2004.

HAESBAERT, Rogério. Dos múltiplos territórios à territorialidade. Porto Alegre, set. 2004. Acesso em 14 set. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCE_Rogério_HAESBAERT.pdf>.

HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HAESBAERT, Rogério. **Territórios alternativos**. São Paulo: CONTEXTO, 2002.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em 5 mai. 2015.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em 5 mai. 2015.

IBGE. **Situação dos domicílios população urbana em 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em 8 mai. 2015.

IBGE. **Situação dos domicílios população rural em 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br>> Acesso em 8 mai. 2015.

LAGES, Vinícius Nobre; BRAGA, Christiano; MORELLI, Gustavo. (Orgs.).

Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Brasília: RelumeDumará; SEBRAE, 2004. Disponível

em: <http://bis.sebrae.com.br/GestorRepositorio/ARQUIVOS_CHRONUS/bds/bds.nsf/E1C3CE6A43DBDB3203256FD6004907B7/%24File/NT00031436.pdf> Acesso em: 30 out. 2015.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura** – um conceito antropológico. 11^a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LIMA, Luciana Dias de. **Federalismos, relações fiscais e financiamento do**

Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=441213&indexSearch=ID>> Acesso em: 30 out. 2015.

MAIA, Rousiley; FERNANDES, Adélia. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera política pública. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 157-171 fev., 2002.

MATTOS, Virgílio de. As origens da grande internação. In: _____. **Crime e psiquiatria, uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro: REVAN, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. O processo social de distritalização da saúde. In: _____. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 121-122, 1993.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde:** o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Minas Gerais, 2007. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf> Acesso em: 02 nov. 2015.

MORENO, Vânia; CAIXETA, Camila Cardoso. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás. v. 10, n. 1, p 179-188, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>> Acesso em: 28 mar. 2015.

NASCIMENTO, Marcio Alessandro Neman; CARVALHO, Andrea de. O processo de descentralização e territorialização de serviços de saúde mental em CRAS. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, vol. 8, n 1, p. 32-44, 2009.

Oliveira, Moacir Lira de. **Do hospício ao Centro de Atenção Psicossocial de Alagoinhas/Bahia: um estudo das representações sociais de familiares.** Salvador, 2016. 129 f. Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea. 2016

OLIVEIRA, Walter Ferreira; MARTINHAGO, Fernanda. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a10v36n95.pdf>> Acesso em 30 mar. 2015.

DE OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. **Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio.** 2000. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PITTA, Ana; DELGADO, P. G. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: **Cadernos de Textos:**

III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 16-23.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUD, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais.** 6ª ed. Lisboa: Gradiva, 2013.

RABELO, Mirian Cristina M; ALVES, Paulo César B. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: _____. **Experiências de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 171-186, 1999.

REIS, Denizi Oliveira; ARAUJO, EC de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. In: **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.** 2006.

SANTANA, Sisse Figueiredo de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Planejamento em Saúde na secretaria do estado da Bahia (SESAB),** Brasil: uma análise de swot. Salvador

SANTOS, Adriano Maia dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista-BA:** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela atenção primária à saúde. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2013.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur,** Rio de Janeiro, ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>> Acesso em: 05 nov. 2015

SILVA, Ana Maria Rigo et al. A unidade básica de saúde e seu território. In: Andrade SM, Soares DA, Cordon Junior L, (orgs). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: UEL, p. 145-60, 2001.

SILVA, Barbara Christine Netwing; SILVA, Sylvio Bandeira de Mello; SILVA, Maina Pirajá. Rede urbana e educação em Roraima. **Revista de Desenvolvimento Econômico,** Salvador, v. 10, n.18, p. 5-14, dez. 2008.

SILVA, Coutinho da; GOMES, Maria Helena de Andrea. Regionalização do SUS no grande ABC: Compreendendo a relação entre a oferta e demanda de serviços de

saúde. **Revista de gestão em sistemas de saúde**, Rio de Janeiro, v 3, n 1, p. 70-81, jun. 2014.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>> Acesso em: 13 jun. 2015.

TYKANORI R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A (Org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Saúde em Debate**. Hucitec, 1993. p. 221-35.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, vol. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de Redes nas Reformas Sanitárias e Psiquiátrica no Brasil. **Psicologia e Revista**, Belo Horizonte, V. 14, n.1, p. 131 – 150, jun. 2008.

ANEXO**ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA GESTORES E/OU
COORDENADORES****UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR – UCSAL
MESTRADO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO
SOCIAL****Rede de Atenção Psicossocial na microrregião de saúde de Alagoinhas-
BA.****ROTEIRO DE ENTREVISTA
Gestores e/ou coordenação (regional e municipal)**

Gestor: () regional () municipal	Grau de escolaridade:
Cargo:	Formação profissional:
Idade:	Nome do cargo:
Sexo: ()F () M	Tempo no cargo:

1. Fale sobre as portas de entrada da RAPS. Qual a estratégia de saúde disponível para os usuários que necessitam de cuidados especializados e hospitalares? Há vias alternativas não institucionalizadas? Quais?
2. Como as necessidades da população foram/são incorporadas à RAPS?
 - Estratégias de diálogo com a sociedade para a construção da RAPS.
 - O perfil epidemiológico e/ou as condições socioeconômicas são levadas em consideração?
 - As questões de acesso da população rural é levada em consideração para o planejamento? De que forma?
3. Quais os mecanismos de integração entre os serviços regionalizados?
 - Como se dá a comunicação entre ESF, serviços especializados, de apoio diverso e hospitalares intramunicipais e intermunicipais?
 - Como funciona a referência e a contra referência no município/ região?
4. Como se organiza o sistema de transporte na microrregião/município (urgência, consultas, atividades no CAPS, procedimentos eletivos)?
 - Como a CAPS se articula com o sistema de transporte?
 - Como o usuário residente na zona rural faz para se deslocar até o serviço especializado? Quais os problemas relacionados a essas questões?

5. Fale sobre o processo da RAPS Alagoinhas:
 - Os principais avanços, dificuldades/ limites.
 - Qual tem sido o papel da Núcleo Regional de saúde na microrregião de Alagoinhas.
 - Existe um plano de ação regional na RAPS?
 - Existem participação e interesse dos municípios?
6. Há estratégias para o fortalecimento da RAPS nos distintos municípios para que estejam articulados numa rede regionalizada?
7. Há estratégias para o fortalecimento da RAPS no município para que esteja articulada numa rede? (gestor municipal)
8. Há pactuação entre quais municípios para haver cobertura especializada?
9. Quais os principais desafios e limites para a integração da RAPS? O sistema está integrado? Porquê?
 - Em relação aos incentivos financeiros.
 - Em relação as políticas de gestão de trabalho (salários, concursos, formação etc.)
10. O desenho regional do SUS traz alguma relevância para a prestação de serviços da RAPS? Quais?
11. Como os profissionais são preparados/sensibilizados para o trabalho na RAPS?

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DOS PONTOS
DE ATENÇÃO DA RAPS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR – UCSAL
MESTRADO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO
SOCIAL

**Rede de Atenção Psicossocial na microrregião de saúde de Alagoinhas-
BA.**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Profissionais dos pontos de atenção da RAPS

Nível de escolaridade:	Formação profissional:
Idade:	Nome do cargo:
Sexo: ()F () M	Tempo no cargo:

1. Qual o papel dos pontos de atenção que atuam na RAPS?
2. Sobre a unidade:
 - Como está estruturada a rede física e incorporação tecnológica?
 - Existência de apoio matricial através de que profissionais?
 - Quais as dificuldades/facilidades de trabalhar no município?
3. Os profissionais da unidade conhecem os pontos de atenção da RAPS disponíveis na cidade e microrregião? Depois de atendido na rede de serviço, há contra referência? Como vocês fazem para dar seguimento ao cuidado?
4. Oferece serviços para: transtornos do uso de álcool e outras drogas? Transtornos mentais? Distúrbios neurológicos? Deficiência intelectual? Usuário em situação de rua?
5. Como considera a demanda de saúde mental na unidade?
 - Quantidade
 - Os dispositivos da unidade dá conta da demanda?
 - A RAPS dá conta da demanda?
 - Quais os dispositivos que facilitam/dificultam a resolução dos casos?

6. Quais os profissionais e a carga horária por categoria?
7. E quais destes tem capacitação em saúde mental?
8. Quais os tipos de vínculo empregatício dos trabalhadores desta unidade?
 - CLT, estatutário, contrato emergencial, bolsista, temporário, terceirizado.
9. (Específico CAPS) Qual a origem dos usuários que chegam no CAPS para acolhimento? E quais as três mais frequentes?
10. (Específico CAPS) Quais os encaminhamentos mais utilizados por este CAPS? E após a alta?
11. O usuário em sofrimento psíquico, qual o local que normalmente procura primeiro?
 12. Fale sobre os fluxos do usuário na rede regionalizada.
 13. Planejamento terapêutico singular?
 14. Quem participa da definição do PTS?
 15. Quais os serviços ofertados?
 16. Quais os dispositivos que a equipe dispõe para a implementação da política de humanização na relação com o usuário/pacientes e familiares?
 17. Existem iniciativas para ter boas condições de trabalho?
 18. Como vocês fazem quando um usuário necessita de atendimento psiquiátrico especializado e hospitalar (dentro e fora do município)?
 - Qual o percurso mais comum? Existem outras formas? Há interferências ou favorecimentos?
 - Como são as referências e contra referências?
 - Como acontece o agendamento de consultas na RAPS? Qual o papel desta unidade na dinâmica?
 19. Quais as medidas adotadas para a cobertura do serviço da RAPS na zona rural? Quais? Quais as principais dificuldades/facilidades para o acesso a essa população em específico?
 20. Possui transporte para o uso do CAPS?
 - usuários da zona urbana
 - usuários da zona rural

21. Em relação à RAPS, quais os principais problemas enfrentados nesta instituição? Por quê?
- O que fazem para superá-los?
 - Como as atividades de saúde mental são organizadas (planejamento, reuniões)?
22. Como as demandas de saúde mental são ouvidas por esta unidade? Há planejamento terapêutico? Atividades na comunidade ou com outros setores?
23. Há visitas domiciliares por profissionais de saúde de nível superior (em que situações e frequência)? Há busca ativa (faltosos, surtos etc.)?
24. Vocês têm participado de debates sobre a organização da RAPS no município e/ou região? De que forma?
25. Como os profissionais são preparados para o trabalho em saúde mental? Existem parcerias com a instituição que viabilizam a mudança na formação? Quais os resultados dessa estratégia?
26. Consideram que o serviço ofertado no período de 2012 a 2015 foi um trabalho em rede?
27. Há reuniões periódicas com profissionais de outros estabelecimentos?
28. (CAPS) Quais são as parcerias (estabelecimentos de saúde, educação, lazer, públicos e privados) que existem no território adscrito deste CAPS?
29. O que acham do serviço de saúde mental do município? E da região? Por quê? Quais as sugestões?

ANEXO C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS E/OU FAMILIARES

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR – UCSAL
MESTRADO EM PLANEJAMENTO TERRITORIAL E DESENVOLVIMENTO
SOCIAL

Rede de Atenção Psicossocial na microrregião de saúde de Alagoinhas-BA.

ROTEIRO DE ENTREVISTA
Usuários e/ou familiares

() familiar () usuário
Idade:
Sexo: ()F () M
Grau de escolaridade:

1. Qual o primeiro lugar que vocês procuram quando vocês ou algum familiar tem uma crise?
 - Em dia de semana e horário comercial
 - À noite ou feriado.
2. Qual é o primeiro lugar que vocês ou algum familiar precisam de consulta médica para conseguir a medicação?
3. Quando vocês precisam de tratamento em outros locais do município ou em outro município, quem marca? Tem dificuldade?
4. Em relação ao atendimento em saúde mental, falem como a UBS, o CAPS e o serviço hospitalar funcionaram nos últimos três anos. Como é a recepção nestes lugares?
5. Vocês participam de alguma forma na organização dos serviços de saúde mental? De que forma? Por quê?
6. Como as consultas são marcadas no UBS e CAPS? Os serviços são suficientes? Existem outros profissionais além dessas equipes que atendem vocês?
7. O que vocês acham dos cuidados oferecidos no CAPS? O que vocês acham dos profissionais? Confiam? Como é ter um CAPS?
8. Quando não tem vaga no serviço de saúde mental com o psiquiatra, vocês sabem quanto tempo terão que esperar? Como vocês fazem para conseguir a consulta quando “não tem vaga” ?

9. Como são as visitas? Os profissionais do CAPS fazem visitas?
Em que situações?
10. Como são as visitas? Os profissionais do CRASS ou UBS fazem visitas? Em que situações?
11. Quando precisam do sistema de transporte para o serviço de saúde mental, o que devem fazer?
12. Quem mora na zona rural, quais as dificuldades de acessar o serviço de saúde mental?
13. Quais os problemas em relação a medicamentos que vocês percebem?
14. Existem momentos na comunidade para conversar sobre os problemas de saúde mental? Quais os profissionais que participam desses momentos?
15. Vocês podem dizer mais alguma coisa relacionada aos serviços de saúde mental no município ou em outro município, que vocês considerem importante e que eu não perguntei ou não deu tempo para falar?

ANEXO D–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR - UCSal**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente termo segundo a Resolução nº466, de 12 de dezembro do ano 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, destina-se a esclarecer a participante da pesquisa intitulada **“Territorialidade em Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas – BA”**, sob responsabilidade da pesquisadora orientadora Dr^a Cristina Maria Macêdo Alencar professora da Universidade Católica de Salvador - UCSal, e Adriana Antônia de Oliveira, discente de Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social da Universidade Católica de Salvador - UCSal, cujos objetivos são: Avaliar na perspectiva de território em rede a Rede de Atenção Psicossocial de Alagoinhas–BA no período de 2012 a 2015”, descrever os fatores que instituíram os instrumentos jurídicos da saúde de Alagoinhas, avaliando o acesso aos serviços específicos, identificar os pontos de atenção e sua participação na RAPS, apontar a dinâmica de funcionamento dos pontos de atenção com base no território em rede psicossocial, analisar as estratégias político-institucionais para a organização de uma rede psicossocial incluindo as peculiaridades rurais relativas à identificação de simbolização espacial, e identificar os dispositivos de atendimento necessários para a integração completa da Rede de Atenção Psicossocial através da territorialidade em rede psicossocial.

Desta forma, solicito a sua permissão para entrevistá-lo, garantindo-lhe que você terá acesso, ao final da pesquisa, a todas as informações resultantes dela. Caso não se importe, gostaria de gravar a entrevista, para posteriormente transcrevê-la, garantindo desse modo a fidedignidade o seu discurso. Os registros gravados serão devidamente guardados, sob minha responsabilidade, sendo mantido o sigilo das informações, por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

A você será garantido o sigilo de todas as informações referidas, bem como o direito de recusar-se a participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. O benefício potencial desta sua participação servirá como instrumento de avaliação da dinâmica da rede de atenção psicossocial com visão interdisciplinar e abordagem territorial pra atuação profissional mais eficaz.

Na tangente que se refere aos riscos e benefícios, pode-se afirmar que o possível benefício desta pesquisa é pontuar e sugerir medidas que aprimorem o serviço de atenção psicossocial além de identificar possíveis limites e perspectivas.

Os riscos para realização desta pesquisa são considerados mínimos para os sujeitos entrevistados, uma vez que não terá nenhuma influência intencional nas variáveis psicológicas ou fisiológicas e sociais dos participantes. O único risco prognosticado consiste no constrangimento motivado pelo desconforto resultante da utilização do instrumento de coleta de dados: a entrevista. Além disso, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para os sujeitos da pesquisa.

Com a utilização da entrevista semiestruturada no ambiente de trabalho, facilitará a percepção da realidade vivida, além de evitar viés que afastem o propósito principal da pesquisa. Ademais, em caso de desconforto comprovado e exposição para o entrevistado a algum risco referente ao estudo, o mesmo será devidamente atendido por psicólogo e, se for o caso, indenizado como assegura a legislação que se aplica ao fato.

Aos participantes que concordarem em participar, as seguintes etapas irão acontecer:

- 1- Serão entrevistados (as) pelo pesquisador, que utilizará um roteiro de questões norteadoras sobre a Rede de Atenção Psicossocial.
- 2- A entrevista será gravada e transcrita, posteriormente o conteúdo será analisado para ser utilizada conforme os fins proposto pelo estudo.
- 3- Em caso de dúvidas que venha a ter durante a pesquisa poderá a qualquer momento solicitar informações e/ou esclarecimentos do pesquisador que estará à disposição para me esclarecer e informar.

Este termo conterà duas vias, uma será entregue ao participante da pesquisa e a outra via ficará com o pesquisador.

Colocamo-nos à sua disposição para esclarecer qualquer dúvida:

Nome do orientador: Cristina Maria Macedo Alencar

Telefone: (71) 991046568

E-mail: cristinamm@ucsal.br

Nome do aluno: Adriana Antônia de Oliveira

Telefone: (75) 991365787

E-mail: drika_youth@hotmail.com

Demais dúvidas, entrar em contato:

Comitê de ética e pesquisa UCSal:

Avenida Cardeal da Silva, 205 - Federação,

Salvador - BA, 40231-902

Telefone:(71) 3203 8913

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora: Adriana Antônia de Oliveira
Enfermeira Especialista Mestranda em Planejamento Territorial e
Desenvolvimento Social
Matrícula: 098073010

Orientador: Dr^a Cristina Maria Macêdo Alencar
CORECON: 1780

ANEXO E – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Salvador, 27 de outubro de 2015

Ilmº Sr. Reginaldo Paiva,

Venho através deste, solicitar o consentimento de Vossa Senhoria para a realização de uma pesquisa de campo nos estabelecimentos de saúde do município de Alagoinhas - BA.

Trata-se de um estudo cujo título é "Territorialidade na Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas - BA, o qual tem como objetivos Avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas-BA no período de 2012 a 2015 na perspectiva de território em rede, descrevendo os fatores que instituíram os instrumentos jurídicos da saúde de Alagoinhas, avaliando o acesso aos serviços específicos, identificar os pontos de atenção e sua participação na RAPS; apontar a dinâmica de funcionamento dos pontos de atenção com base no território em rede psicossocial; analisar as estratégias político-institucionais para a organização de uma rede psicossocial incluindo as peculiaridades rurais relativas à identificação de simbolização espacial; identificar os dispositivos de atendimento necessários para a integração completa da Rede de Atenção Psicossocial através da territorialidade em rede psicossocial, que será realizado pela acadêmica Adriana Antônia de Oliveira como requisito para conclusão do Curso de Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social sob a orientação Drª Cristina Maria Macêdo Alencar, CORECON 1780. Os dados serão colhidos através de entrevista semi-estruturada. É esperado que os resultados deste estudo venham contribuir como instrumento de avaliação da dinâmica da rede com visão interdisciplinar e abordagem territorial pra atuação profissional mais eficaz. Esta pesquisa não acarretará ônus à instituição cedente.

Em atendimento à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto será submetido à apreciação do CEP e os resultados obtidos serão utilizados pra fins científicos, sendo resguardados o sigilo das informações e a confidencialidade dos dados.

As pesquisadoras se comprometem a prestar os esclarecimentos necessários assim como encaminhar, após a conclusão do estudo, cópia do relatório final da pesquisa e de se colocarem à disposição para a apresentação oral, se necessário.

Atenciosamente,


ADRIANA ANTÔNIA DE OLIVEIRA

Tel 75 99136 5787

E-mail: drika_youth@hotmail.com


CRISTINA MARIA MACÊDO

ALENCAR

Tel: 71 99104 6568

E-mail: cristinamm@ucsal.br

ANEXO F – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
Secretaria da Saúde

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Na condição de Secretário da Saúde do município de Alagoinhas, Bahia, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Territorialização na Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas-Ba”, pela Enfermeira Adriana Antônia de Oliveira, aluna do Curso de Mestrado em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Social, da UCSal.

Declaro que fui esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sobre a garantia da confidencialidade das informações e esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

Alagoinhas, 25 de novembro de 2015.

R. Paiva
Reginaldo Paiva de Barros
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TERRITORIALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS - BA

Pesquisador: ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51305115.0.0000.5628

Instituição Proponente: Universidade Católica do Salvador

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.390.410

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa com interesse em avaliar a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, no município de Alagoinhas–BA, no período de 2012 a 2015 na perspectiva de território em rede."A pesquisa aborda as relações construídas nos pontos de atenção intramunicipal e intermunicipais da rede de atenção psicossocial constroem um fluxo que poderia ser chamado de território em rede psicossocial e a relação estabelecida entre os profissionais com os diversos pontos de atenção da RAPS e microrregião" conforme descreve a pesquisadora. A metodologia está descrita, a pesquisa será feita com 30 participantes (02 gestores, 10 usuários e/ou familiares e 18 profissionais de saúde). A pesquisa será realizada através de questionários semi-estruturados. Contudo, não há descrição do procedimento de análise dos dados. A pesquisa utiliza o método qualitativo e quantitativo. Apresenta plano de pesquisa que inclui um cronograma de execução para realização do estudo.O projeto requer uma escrita mais elaborada.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a descrição da pesquisadora o objetivo primário consiste em "Avaliar a Rede de Atenção Psicossocial no município de Alagoinhas–BA no período de 2012 a 2015 na perspectiva de território em rede" . Objetivos Secundário:" Descrever os fatores que instituíram os instrumentos jurídicos da saúde de Alagoinhas, avaliando o acesso aos serviços específicos, b. Identificar os

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação **CEP:** 40.231-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.390.410

pontos de atenção e sua participação na RAPS, c. Apontar a dinâmica de funcionamento dos pontos de atenção com base no território em rede psicossocial. d. Analisar as estratégias político-institucionais para a organização de uma rede psicossocial incluindo as peculiaridades rurais relativas à identificação de simbolização espacial. e. dispositivos de atendimento necessários para a integração completa da Rede de Atenção Psicossocial através da territorialidade em rede psicossocial".

Os objetivos estão claros e em conformidade com o problema de pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve que o projeto não tem riscos: "Sem riscos identificados". Ressalto que os riscos da pesquisa devem ser avaliados conforme orientação da Resolução 466/2012.

Os benefícios são descritos no projeto de pesquisa e visa apresentar medidas que aprimorem o atendimento da Rede de Atenção Psicossocial. Os benefícios descritos estão coerentes com o problema de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de significativa relevância pelo interesse na melhoria das condições de atendimento da Rede de Atendimento Psicossocial- RAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e estão de acordo com as exigências da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Recomendo realizar uma revisão da escrita do projeto e dos questionários de pesquisa. No que tange ao método, descrever o procedimento de análise de dados.

Recomendo alterar o projeto de pesquisa destacando o risco mínimo da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise dos documentos apresentados, verificou-se que todas as solicitações foram atendidas e que não há mais pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em concordância ao Parecer do Relator, em 18/01/2016, fica deliberado que o Projeto se encontra Aprovado, tendo em vista que a pesquisadora cumpriu com as recomendações de pendências

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação **CEP:** 40.231-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 1.390.410

explicitadas no Parecer Consubstanciado, emitido em 16/12/15.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_611007.pdf	11/01/2016 11:50:15		Aceito
Outros	TCLE2.docx	11/01/2016 11:49:55	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/01/2016 11:46:57	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj_raps_Alagoinhas_met_atualizada.doc	05/01/2016 20:00:07	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	anuencia.docx	05/01/2016 19:59:00	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	questionario_usuarios_familiares_alag.docx	25/11/2015 16:00:38	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Questionario_profissionais_alag.docx	25/11/2015 16:00:00	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	questionario_gestor_alag.docx	25/11/2015 15:59:23	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_alagoinhas.pdf	30/10/2015 14:48:21	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	30/10/2015 13:50:23	ADRIANA ANTONIA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 19 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Laila Nazem Mourad
(Coordenador)

Endereço: Av. Cardeal da Silva, nº 205
Bairro: Federação **CEP:** 40.231-902
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3203-8913 **Fax:** (71)3203-8975 **E-mail:** cep@ucsal.br