



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania**

**ANA RAQUEL SANTIAGO DE LIMA**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE  
ARACAJU... APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO:  
REENCONTROS, NOVOS OLHARES E MAIS DESAFIOS**

**Salvador  
2018**

**ANA RAQUEL SANTIAGO DE LIMA**

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE  
ARACAJU... APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO:  
REENCONTROS, NOVOS OLHARES E MAIS DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Maria Fernandes Pitta.

**Salvador  
2018**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

L732 Lima, Ana Raquel Santiago de

Rede de atenção psicossocial (RAPS) de Aracaju... após 15 anos de  
implantação: reencontros, novos olhares e mais desafios/ Ana Raquel  
Santiago de Lima. – Salvador, 2018.

151 f.

Orientadora: Profª Drª. Ana Maria Fernandes Pitta

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador.  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas  
Sociais e Cidadania.

1. Rede de atenção psicossocial 2. Reabilitação psicossocial  
3. Saúde mental I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora  
II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-  
Graduação III. Título.

CDU 364.444(813.7)

TERMO DE APROVAÇÃO

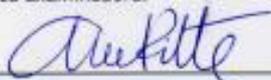
ANA RAQUEL SANTIAGO DE LIMA

“REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU... APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 28 de agosto de 2018.

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_

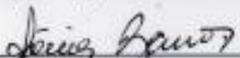
Prof.(a) Dr.(a) Ana Maria Fernandes Pitta - UCSAL (orientadora)

  
\_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a) Bárbara Pompeu Christovam - Coorientador(a)/UFF

  
\_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a) Maria de Fátima Pessoa Lepikson - UCSAL

  
\_\_\_\_\_

Prof.(a) Dr.(a) Sônia Barros - EEU SP

A Minha mãe, Glicenita, pela presença  
constante, pela dedicação incansável e pelo  
exemplo de mulher, mãe, filha e irmã.

A Meu pai (in memoriam)  
pelo amor incondicional e presença  
perene em minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

São tantos!

A Oziel meu esposo, amigo, companheiro de jornada, meu Papi amado, pela paciência, pelo companheirismo, pela força e encorajamento! Esta vitória é sua também.

Aos meus filhos lindos, Ana Clara, Francisco e Pedro, por me suportarem durante acessos de impaciência, por aceitarem minhas ausências, por me tornarem uma pessoa melhor. Isto é por vocês.

À minha orientadora, Ana Pitta, grande inspiração em tempos de desesperança. Obrigada por seu otimismo e positividade, sua ternura ao lidar com as minhas inseguranças... Não conseguiria sem você.

A Bárbara Pompeu por ter chegado quando estava a ponto de desistir, pelo exemplo de determinação e superação. Muito obrigada!

Aos docentes do curso de pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania pelos ensinamentos e gentileza com que compartilharam seus conhecimentos. Nunca me esquecerei de vocês.

Aos que encontrei pelo caminho, aos que de prontidão aceitaram me receber nos serviços, aos trabalhadores abnegados do SUS e gestores comprometidos com a qualidade do serviço oferecido, meu muitíssimo obrigado.

Aos meus amigos que me acompanharam, possibilitando minhas idas e vindas, Rafaela Freire e Fernando Macedo, além de todos que torceram por mim.

Aos usuários do SUS: as pessoas em situação de rua, aos loucos, aos drogados, aos desvalidos, aos desqualificados, vocês me fizeram ser quem sou hoje.

Senhor Jesus, obrigada por existir.

A narração entre pessoas conduz à empatia e recompõe,  
através do valor da diferença, a unidade da experiência.  
Aprender a ser e repensar o mundo, é reapropriar-se do próprio  
destino, é aprender a viver nossa condição humana  
É o caminho que combina o “louco” e o “saudável” e dá valor à  
normalidade e à loucura que a todos atravessam.

Ernesto Venturini et al. (2003, p. 62)

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho surgiu a partir da experiência da autora, como trabalhadora e gestora da saúde mental na cidade de Aracaju. Uma historicidade que se inicia em 2002, através de ações de saúde mental na atenção primária, percorrendo a implantação da rede de serviços substitutivos de saúde mental de Aracaju e, posteriormente, a partir de 2007, a capacitação e supervisão da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Sergipe.

Presente em vários eventos e colegiados de coordenadores de saúde mental, além de cursos de capacitação para redes recém-formadas em todo Brasil, o interesse em avaliação de programas de saúde advém da participação do programa de avaliação dos CAPS do Nordeste, coordenado pela Profa. Ana Maria Fernandes Pitta, onde pude colaborar para o levantamento de informações e discutir, em três oficinas, os resultados e propostas para a qualificação da saúde em âmbito local e nacional.

Como médica, a autora teve sua formação envolvida pelo movimento de estudantes de medicina através da militância no movimento estudantil. Desta forma, teve acesso a conceitos como o de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, além da percepção da necessidade de mudança na formação médica, a fim de dar conta da complexidade do conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde como bem-estar biopsicossocial.

A escolha pela Psiquiatria teve a ver com seu interesse pela psicanálise e com o acesso a experiências *revolucionárias*<sup>1</sup>, no sentido de abolir o manicômio e implantar uma rede de serviços substitutivos de saúde mental. Participou de seminários nacionais e regionais para discussão destas experiências que a inspiraram a buscar uma formação de base comunitária, que não se limitasse ao espaço nosocomial especializado, como fonte de saber.

Em 2001 foi convidada para compor a equipe gestora do município de Aracaju e, a partir de 2002, passou a realizar, junto com o grupo gestor local, o desenho da rede de serviços substitutivos de saúde mental que conformaria a Rede de Atenção Psicossocial do Projeto Saúde Todo Dia<sup>2</sup>.

A partir de 2012, atuando como médica psiquiatra na urgência mental e no CAPS AD III da cidade, a necessidade de transcender rumo a temas como moradia,

---

<sup>1</sup> Aqui nos referimos à cidade de Santos-SP e Campinas-SP (grifo nosso)

<sup>2</sup> Experiência descrita por SANTOS (2006) no livro Saúde Todo Dia – uma construção coletiva.

condições de trabalho, bem-estar social, inserção social, quebra de paradigmas, superação de preconceitos e diversos outros que são temas da sociedade e do Estado tornou-se ainda mais evidente.

É o interesse num dado projeto de vida e, no caso em tela, numa política de saúde, que faz querer situar-se em relação à experiência de implantação da Rede de Saúde Mental de Aracaju, que motivou a desenvolver um estudo que possibilitasse retomar o olhar sobre a rede de atenção psicossocial, após 15 anos de implantação neste município, a partir do testemunho de gestores e profissionais de saúde mental.

Assim sendo, a força motriz deste estudo parte da disponibilidade de se abrir a alteridade de “desfechos e de processos” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2008, p. 51) explicitados pelos atores do território da saúde mental pública de Aracaju, pois a compreensão sobre os processos, os momentos de implementação da política e interpretação de seus significados, a partir do diálogo com outros discursos e linguagens de sujeitos também implicados, possibilita rearticular o conhecido, buscando novas construções dialéticas e ampliação de horizontes (ONOCKO-CAMPOS et al., 2008).

## RESUMO

**Introdução:** A RAPS da cidade de Aracaju foi implantada em 2002 com forte indução federal, através de portarias e resoluções que pregavam preceitos da Reforma Psiquiátrica e atrelava, a estes, os incentivos financeiros para implantação de serviços e programas. Após mudança na direção política da cidade, em 2001, assume o governo municipal, um gestor implicado com as causas sociais que passa a reformar a atenção à saúde mental, implantando a rede de serviços substitutivos e redução de leitos psiquiátricos. Após 15 anos de implantação, cabe levantar hipóteses sobre de que forma essa rede foi implantada e como se compõe a gestão do cuidado dos serviços, além de quais as ações intersetoriais foram implementadas. **Objetivo:** Avaliar a distância entre as Políticas de Saúde Mental prescritas e o processo de implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Aracaju, no período de julho de 2017 a junho de 2018. **Métodos:** trata-se de estudo que utilizou metodologia quanti-qualitativa. Para tanto, foram selecionados 14 pontos de atenção Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos quais foram realizadas observação direta e aplicação de questionário com gestores e profissionais dos serviços. Os dados foram analisados quantitativamente com utilização do software SPSS e, em seguida, triangulados para a sua análise. **Resultados e análise:** a partir do material analisado, identificaram-se os seguintes componentes na gestão do cuidado e organização dos serviços: acolhimento implantado e com funcionamento diário, não há fila de espera para atendimento médico, confecção de projetos terapêuticos individuais (PTS), utilização de dispositivo de vinculação de usuários (técnicos de referência), realização de ações essencialmente grupais, atendimento a familiares, oferta de acolhimento noturno para os casos mais graves. Nos componentes hospitalares e de urgência e emergência identificou-se uma distância entre as diretrizes federais, no que se refere a ambiência e estrutura física e composição de equipes. Ações intersetoriais acontecem informalmente, não havendo espaços para pactuação de metas e construção de ações coletivas no território. **Conclusão:** A rede de atenção psicossocial atende parcialmente às prescrições federais e às diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira. Foi implantada, levando-se em consideração a realidade histórica local. Muitos avanços foram percebidos ao longo dos anos, tais como a redução do número de leitos de características manicomiais. No entanto, há a necessidade de alimentar cotidianamente os trabalhadores e gestores para os objetivos da RAPS que deve seguir, sobretudo, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica no que se refere à desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. **Considerações finais:** Sugerem-se, aos gestores, maiores investimentos para qualificar a vinculação dos profissionais nos serviços de saúde, investir em supervisão das metas contratadas com os prestadores, a fim de que os serviços ofereçam o que a RAPS demanda e não sejam fonte de iatrogenia com práticas manicomiais e ampliação da oferta de educação permanente de maneira sistemática, para que os objetivos e metas do trabalho em saúde mental sejam sempre reafirmados no interior das mentes e corações dos responsáveis pelo cuidado.

**Palavras-Chave:** Rede de atenção psicossocial. Reabilitação psicossocial. Saúde mental.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Psychosocial Attention Network of the city of Aracaju was implemented in 2002 with strong federal induction through ordinances and resolutions that preached the Psychiatric Reform precepts and assigned to these the financial incentives for the implantation of services and programs. After a change in the political direction of the city in 2001, a manager involved with social causes assumes the municipal government that starts to reform mental health care by implanting the network of alternative services and reduction of psychiatric beds. After 15 years of implementation it is necessary to raise hypotheses about how this network was implemented and how the service care management is composed, in addition to which inter-sectoral actions are implemented. **Objective:** To evaluate the distance between the Prescribed Mental Health Policies and the process of implementation of the Psychosocial Care Network (RAPS) in Aracaju, from July 2017 to June 2018. **Methods:** This was a study using a quantitative-qualitative methodology. For this purpose, 14 points of attention were selected for Psychosocial Attention Network (RAPS) in which direct observation, documentary analysis and questionnaire application were performed with managers and service professionals. The data were analyzed quantitatively using the SPSS software and then triangulated for its analysis. **Results and analysis:** from the material analyzed the following components were identified in the management of the care and organization of the services: implanted host and daily operation, there is no queue for medical care, preparation of individual therapeutic projects (PTS), device use of linking users (reference technicians), performing essentially group actions, attending to family members, offering overnight accommodation for the most serious cases. In hospital and emergency and emergency components, a distance was identified between federal guidelines regarding ambience and physical structure and team composition. Intersectoral actions happen informally, there are no spaces for pacing of goals and construction of collective actions in the territory. **Conclusions:** the psychosocial care network fully complies with the federal prescriptions and the guidelines of the Brazilian psychiatric reform. It was implemented considering the local historical reality. Many advances have been perceived over the years, such as reducing the number of beds of asylum features. However, there is a need to feed workers and managers daily into the objectives of RAPS, which should mainly follow the guidelines of the Psychiatric Reform regarding the de-institutionalization and psychosocial rehabilitation. **Final considerations:** Managers are advised to invest more in qualifying the linkage of professionals in health services, investing in supervision of contracted goals with providers so that services offer what RAPS demands and not iatrogenic mental health practices. Increasing the offer of permanent education in a systematic way, so that the goals of work in mental health are always reaffirmed within the minds and hearts of those responsible for care.

**Keywords:** Psychosocial care network. Psychosocial rehabilitation. Mental health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Desenho da Raps proposto do MS até o ano 2016.....	54
<b>Quadro 1 -</b>	Tipos de estigma .....	31
<b>Quadro 2 -</b>	Principais alterações da Política Nacional de Saúde Mental (RAPS).38	
<b>Quadro 3 -</b>	Equipes Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – composição e financiamento, 2017 .....	39
<b>Quadro 4 -</b>	Comparativo De Normatizações Para Enfermaria Psiquiátrica Em Hospital Geral/Raps .....	39
<b>Quadro 5 -</b>	Comparativo de mudanças na normatização/prescrições para RAPS, 2018..41	
<b>Quadro 6 -</b>	Modelo teórico de Recovery .....	48
<b>Quadro 7-</b>	Itens avaliados e analisados Fase I (2018). .....	58

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1-</b>	Caracterização dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis tipo de unidade, tipo de usuário atendido, serviços oferecidos, natureza jurídica, tempo e horário de funcionamento e política de acessibilidade (n=6). Salvador, 2018.....	62
<b>Tabela 2 -</b>	Caracterização dos CAPS de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis de infraestrutura (n=6). Salvador, 2018 .....	64
<b>Tabela 3 -</b>	Quantitativo de profissionais que atuavam nos componentes de atenção psicossocial especializada do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as categorias profissionais (n=286). Salvador, 2018 .....	66
<b>Tabela 4 -</b>	Distribuição da carga horária semanal nos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as categorias profissionais (n=286). Salvador, 2018.....	67
<b>Tabela 5 -</b>	Distribuição das categorias profissionais nos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018.....	68
<b>Tabela 6 -</b>	Distribuição dos tipos de vínculo empregatício nos CAPS do município de Aracaju-SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018.....	69
<b>Tabela 7-</b>	Distribuição das variáveis referentes ao processo de organização dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018.....	69
<b>Tabela 8-</b>	Distribuição da variável humanização do cuidado referente ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018.....	73
<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição da variável gestão participativa e garantia de direitos humanos referentes ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018 .....	74
<b>Tabela 10-</b>	Distribuição da variável Rede de Atenção Psicossocial referente ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018 .....	75
<b>Tabela 11 -</b>	Distribuição da variável característica da população assistida, referente ao resultado do funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018 .....	78
<b>Tabela 12 -</b>	Frequência da variável avaliação do funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018 (n=6). Salvador, 2018 .....	81

<b>Tabela 13</b> - Caracterização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis tipo de unidade, natureza jurídica, tempo de funcionamento (n=8). Salvador, 2018.....	83
<b>Tabela 14</b> - Distribuição das variáveis referentes ao processo de organização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	84
<b>Tabela 15</b> - Distribuição da variável frequência do atendimento nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	87
<b>Tabela 16</b> - Distribuição das variáveis referentes à natureza do atendimento e quantidade de medicamentos psicofarmacoterápicos nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial não especializada do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	88
<b>Tabela 17</b> - Distribuição das variáveis matriciamento e capacitação em saúde mental nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	90
<b>Tabela 18</b> - Distribuição das variáveis matriciamento e capacitação em saúde mental nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	91
<b>Tabela 19</b> - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	93
<b>Tabela 20</b> - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	94
<b>Tabela 21</b> - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	96
<b>Tabela 22</b> - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018.....	98

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AD	Álcool e outras drogas
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Agitação psicomotora
AUSMES	Associação de Usuários de Saúde Mental de Sergipe
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREN/SE	Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe
CR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREAS-pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CT	Comunidades Terapêuticas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
eCR	Equipe de Consultório de Rua
EP	Educação Permanente
EUA	Estados Unidos da América
FUNDAT	Fundação Municipal de Formação Para o Trabalho
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFDC	Procuradoria Federal de Direito do Cidadão
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PRD	Programa de Redução de Danos
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTI	Projeto Terapêutico individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REAPS	Rede de Atenção Primária em Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira

RT	Referência Técnica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SHR	Serviço de Hospitalar de Referência
SPA	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA	Unidades de Acolhimento Adulto
UBS	Unidades de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	19
1.2	ANOS 2015-2016: outros rumos .....	23
1.3	OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO .....	27
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA</b> .....	28
2.1	ESTIGMA, PARADIGMA ASILAR E SUAS CRÍTICAS .....	28
2.2	MOVIMENTO DE TRABALHADORES E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: Luta e invenção da vida.....	33
2.3	ANOS 2000 A 2017: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA COMO POLÍTICA DE ESTADO E OS RETROCESSOS QUE APONTAM NO HORIZONTE .....	36
<b>3</b>	<b>AUTONOMIA E DIREITO À SAÚDE COMO NECESSIDADES BÁSICAS</b>	43
<b>4</b>	<b>A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: compromisso ético</b> .....	47
<b>5</b>	<b>REDES E REINserÇÃO SOCIAL</b> .....	52
<b>6</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	55
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	55
6.2.	LOCAL DA PESQUISA E POPULAÇÃO.....	55
6.3.	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	56
6.4.	ANÁLISE DOS DADOS.....	59
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	61
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ARACAJU – SE .....	61
7.2	COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA.....	62
7.2.1	Caracterização dos CAPS.....	62
7.2.2	Organização e funcionamento dos CAPS .....	69

7.2.3	Funcionamento do CAPS e característica da população assistida .....	77
7.3	COMPONENTES ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NÃO ESPECIALIZADA...	82
7.3.1	Caracterização dos componentes/serviços RAPS .....	83
7.3.2	Processo de organização dos serviços .....	83
<b>8</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	<b>100</b>
8.1	COMPONENTES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA....	100
8.2.	COMPONENTES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NÃO ESPECIALIZADA...	106
8.3.	PONTOS FORA DA REDE. ....	117
<b>9</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>120</b>
9.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	122
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>127</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ....	<b>137</b>
	<b>ANEXO A – ROTEIRO 1 DA FASE 1</b> .....	<b>138</b>
	<b>ANEXO B – ROTEIRO 2 DA FASE 1</b> .....	<b>146</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para Sanches Filho (2013), toda política social é resultado de uma decisão política. As decisões de governos repercutem na garantia de direitos e conquistas sociais e, até mesmo, no enfrentamento de questões do desenvolvimento econômico que tenham a autorização das autoridades governamentais.

A Declaração de Caracas, em 1990, marcou uma era de reformas na atenção psiquiátrica nas Américas a partir de diretrizes, a saber: 1) integração da saúde mental na atenção primária; 2) mudança do cuidado, centrado no hospital para um cuidado de base comunitária; 3) redução do estigma relacionado às pessoas com transtornos/doenças mentais (MASCAYANO et. al, 2016; ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010).

O Brasil ganhou destaque já no final desta mesma década com a redução de leitos psiquiátricos, investimento em centros comunitários de saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e iniciativas de integração da saúde mental na atenção primária em saúde (AMARANTE, 2001).

Foram lançadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de 2001, iniciativas para redução da estigmatização dos doentes mentais, bem como a luta por seus direitos civis e humanos. Dentre elas, podemos citar o World Health Report 2001 e o Dia Mundial de Saúde Mental, que impulsionaram mudanças nas políticas de saúde mental de países da América Latina (ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010).

O projeto de lei que tratava dos direitos aos portadores de transtornos mentais no qual priorizava o atendimento com base nas necessidades e complexidade clínica destes indivíduos redirecionou todo modelo de Atenção à Saúde Mental no Brasil que, após 12 anos de tramitação e várias modificações, foi sancionado com a publicação da Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001c).

Estes fatos históricos reforçam a ideia de que os serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial passaram, então, a ser estimulados e incentivados financeiramente com a indução do governo federal brasileiro a partir da década de 90 e mais fortemente após os anos 2000 (ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010; PITTA, 2011; GULJOR; AMARANTE, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018).

Houve avanço evidente nas políticas públicas para pessoas com transtornos mentais no Brasil, sobretudo a partir dos anos 2000, com a ampliação de cobertura

de serviços comunitários municipais e inversão da prioridade de investimentos federais em saúde mental, a partir de 2006, com sua maior parcela designada aos serviços de base comunitária (PITTA, 2011).

Resultado de esforços em ampliar e diversificar os serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltados ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, as diretrizes necessárias à reorganização e reestruturação da rede de serviços integrados, voltados ao atendimento desta população, são consolidadas através da Portaria GM nº 3.088 em 2011.

A partir desta Portaria, fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), “[...] cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011a, p. 1).

## 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Mesmo havendo a regulamentação da política de saúde mental pelo Governo Federal, de forma bastante incisiva, inclusive com a liberação de recursos antecipados, visando induzir uma mudança de modelo assistencial, nem sempre a prescrição significou mudanças no cotidiano das municipalidades.

A implantação de uma Rede de assistência plural, integral, segura, eficaz e humanizada tem sido um desafio para os gestores nas três esferas do governo. Com base em um diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2016-2017, acerca do processo de implantação e implementação das RAPS, no final de 2017 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) anunciou medidas para promover mudanças na Política Nacional de Saúde Mental através da Resolução MS/CIT nº 32/2017 e da Portaria GM/MS nº 3.588/2017, estabelecendo diretrizes voltadas ao fortalecimento, qualificação e expansão da RAPS (BRASIL, 2017d; BRASIL, 2017e).

Para atender aos objetivos de expandir e qualificar a RAPS, o Governo Federal, a partir de 2018, anuncia destinar às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,6 bilhão a ser aplicado em planos de ação, elaborados com base em evidências científicas (BRASIL, 2018).

Este contexto de mudanças na estrutura e organização na rede de serviços Estaduais e Municipais de atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, vem acontecendo ao longo de quase três décadas, o que não foi diferente no Estado de Sergipe, mais especificamente no município de Aracaju, cenário deste estudo.

Até 2001, a cidade de Aracaju dispunha de duas clínicas psiquiátricas com 199 leitos cada, que representavam cerca de 20% do total dos leitos cadastrados no SUS, um serviço de emergência psiquiátrica remanescente de um hospital manicomial como porta de entrada do sistema, um ambulatório que atendia a todo estado com oferta de psiquiatria e um CAPS conveniado com uma ONG (SANTOS, 2006).

Em Aracaju, houve a mudança da pasta municipal e, a partir de 2001, assumiu o poder, um gestor implicado com a causa social, que iniciou na cidade a implantação de uma série de reformas e políticas sociais, sobretudo na área de saúde. O modelo teórico que orientava a formulação da política de saúde e o conjunto de intervenções desencadeadas teve como norte o desenvolvimento da capacidade de promover acesso universal, com equidade, integralidade, direção única dos equipamentos e serviços de saúde do município, sob efetivo controle social (SANTOS, 2006).

Os anos 2000, especificamente a partir de 2002, foi um período de implantação da rede local de serviços de saúde mental que, naquela época, já era denominada de RAPS.

Tendo como referencial o modelo tecnoassistencial Saúde Todo Dia<sup>3</sup>, o coletivo de gestores de saúde mental do município de Aracaju tomou como objeto as necessidades de saúde da população e seguiu as seguintes diretrizes para a implantação de uma política municipal que dialogasse com as normas federais:

- a rede de atenção psicossocial deveria ser formada por serviços próprios, e estar integradas às demais redes;
- atender às pessoas de forma adstrita, através do acolhimento das necessidades de saúde, de modo a garantir atenção integral, resolutiva e com garantia de autonomia dos usuários;

---

<sup>3</sup> Para maior detalhamento da experiência do modelo de saúde implantado em Aracaju sugere-se recorrer ao livro do então gestor municipal de saúde Rogério Carvalho Santos, Saúde Todo Dia – uma construção coletiva, Editora Hucitec, 2006.

- articulação com a atenção básica para “acolhimento e captação de clientela, identificação e estratificação de risco e intervenção de forma articulada” (SANTOS, 2006. p. 190);

- “toda intervenção de saúde deve gerar autonomia no usuário de lidar com sua vida, mas também deve produzir vínculo, responsabilização dos profissionais e inclusão social” (SANTOS, 2006. p. 190);

- práticas clínicas menos medicalizadas e mais centradas no cuidado em saúde;

Havia forte indução federal à conformação de serviços que dessem conta de reduzir leitos psiquiátricos existentes na cidade, de maneira organizada, para que assim não houvesse desassistência. A gestão municipal optou, então, pela implantação de CAPS do tipo III, com leitos de retaguarda e redução de leitos cadastrados em clínica psiquiátrica particular, seguindo padrões de ambiência e funcionamento preconizados pelo MS a partir de 2002, através da Lei 10.216/2001 e de normativas existentes<sup>4</sup>.

A rede de saúde mental conformada no Município até 2006 contava com: dois CAPS III, um CAPS ad, um CAPS II, um CAPS infanto-juvenil, um serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral, leitos de psiquiatria em hospital universitário, quatro referências ambulatoriais com psiquiatras e psicólogos, apoio matricial em saúde mental na rede de saúde da família, residências terapêuticas e serviços conveniados que complementavam a rede.

Paralelo a este processo, também houve efetivação de serviços de saúde mental nos demais municípios do estado de Sergipe que, em 2002, contava com 3 CAPS e em 2006 já contabilizavam 20 serviços (BRASIL, 2007).

O governo federal implantou pagamento por recursos extratetos municipais, que estimularam a adesão à política pública, repasse de financiamento para equipamentos, educação permanente. O repasse de incentivos antecipados foi a grande marca desta política de indução federal e trouxe muitos frutos na ampliação de cobertura de CAPS (BRASIL, 2007).

---

<sup>4</sup> Foram utilizadas como referência das portarias publicadas no livro Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde (2004), bem como a RDC 50/2002 da ANVISA que dispõe sobre planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (SANTOS, 2006).

Após a criação de um indicador nacional de cobertura de CAPS/100.000 habitantes, Sergipe passou a ser o primeiro no ranking nacional de maior cobertura de serviços no ano de 2006, com 20 CAPS e, em 2010, com 31 serviços (BRASIL, 2011b).

Aracaju ofereceu troca de saberes (apoio matricial) para as demais regiões e cidades com maior concentração populacional, tais como Nossa Senhora do Socorro, Lagarto e Itabaiana, que implantaram redes de atenção psicossocial com serviços diversificados.

Ao longo dos anos, a rede de saúde mental seguiu em ampliação com a implantação de unidades de acolhimento adulto (UAA), reforço de ações de redução de danos, transformação do CAPS infanto-juvenil em CAPS III e ad, implantação de mais um CAPS III para transtornos mentais, implantação de leitos de psiquiatria em hospital geral. Entre outras ações efetivadas, recentemente, teve seu trabalho reconhecido numa reportagem da Rede Globo, para o programa matinal “Como Será?” que foi ao ar em 19 de agosto de 2017, com o título “SOS SUS: Aracaju (SE) é referência nacional no atendimento em saúde mental”, onde vários usuários e trabalhadores deram o depoimento sobre o trabalho de reinserção social e reabilitação.

A progressão da implantação de serviços de saúde mental e da RAPS seguiu o ritmo das normativas federais que, a partir de 2011, com a Portaria GM/MS nº 3088, prescreveu a RAPS e seus componentes, inserindo as comunidades terapêuticas (CT) como pontos de atenção da RAPS, causando grande revolta e discordância dentro do próprio governo federal e junto aos movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares.

As CTs já haviam sido foco de intervenções da vigilância sanitária de vários estados e de conselhos de classe, por violações de direitos humanos e por não se enquadrarem como serviços de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011; SERGIPE, 2014).

As principais violações aos direitos humanos, observadas nestas instituições, foram: monitoramento de correspondências, restrição ao uso de telefones e monitoramento de ligações, ausência de objetivos e projetos e ações voltadas para a reinserção social, restrições e/ou rompimentos de vínculos com familiares, laboterapia obrigatória, ausência de atividades, desrespeito à escolha ou ausência de credo, obrigatoriedade em participar de atividades de espiritualidade e/ou atividades voltadas

à crença religiosa determinada, impedimento ou restrição do direito de ir e vir (CFP, 2011).

A fim de regulamentar requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA) em regime residencial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lança, em 30 de junho de 2011, a Resolução - RDC Nº 29.

A Lei nº 10.216/2001 prevê que as internações somente serão realizadas depois de esgotadas as portas comunitárias de atenção e em estabelecimentos de *saúde*<sup>5</sup>. As CT não são estabelecimentos de saúde, oferecem tratamento moral e com tempo de permanência prolongado. Estas “internações” de caráter “residencial temporário”, como previsto na normativa federal, afrontam e ferem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

No decorrer da segunda década dos anos 2000, os ataques à reforma psiquiátrica foram ganhando mais força com a crise política nacional, com a fragilidade do Governo Federal após as manifestações de junho de 2013, por serviços públicos de qualidade (transporte público, saúde, educação). Estes acontecimentos, aliados a uma crise econômica mundial, fomentaram uma retomada neoliberal com ecos e aliados na sociedade, entre formadores de opinião que abonaram, em 2016, o processo de impedimento da presidente (SOUZA, 2017; IVO, 2018).

Para maior detalhamento sobre a mudança de rumos da política de saúde mental em âmbito nacional, destacamos o capítulo que segue, onde analisaremos o contexto da mudança de projeto, implementada a partir de 2016.

## 1.2 ANOS 2015-2016: outros rumos

Depois das eleições de 2014 no Brasil, com a vitória da candidata a presidente que representava o Partido Dos Trabalhadores (PT), houve grande questionamento quanto ao resultado das urnas, inclusive com dúvidas quanto à legitimidade dos votos depositados. O candidato derrotado, Senador Aécio Neves do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), em seu primeiro discurso no Senado Federal, afirmou que faria oposição à mesma, pois “[...] O desejo da maioria dos brasileiros foi de que

---

<sup>5</sup> Grifo nosso.

nos mantivéssemos na oposição. E faremos uma oposição incansável, inquebrantável e intransigente na defesa dos interesses dos brasileiros [...]” (TV SENADO, 2014). De fato, esta postura, aliada a ações do Congresso Nacional, minaram a frágil governabilidade que apresentava a presidente naquele momento.

A presidente ainda tentou posicionar-se em tom de aliança e, em seu primeiro pronunciamento público, pedia “união” para enfrentar a situação econômica e o clima de “racha” que vivia a sociedade brasileira. Assim, em 2015, realizou ações voltadas ao mercado, implementando políticas que contrariaram, inclusive, setores de centro-esquerda, no objetivo de ganhar confiança dos setores mais conservadores da sociedade, tais como a desoneração fiscal em favor do empresariado industrial que, mesmo assim, não se furtou em realizar demissões de trabalhadores.

Mês após mês, o desemprego no Brasil seguia aumentando de percentual - inclusive na população jovem -, chegando a 30%, segundo a OIT (ESTADÃO, 2017).

[...] aumento do desemprego dos jovens, a baixa qualidade na oferta da saúde e educação, a queda da renda, os juros elevados etc. radicalizam-se no contexto imediatamente pós-eleição de 2014. O ambiente econômico recessivo, a tentativa de equilibrar as contas públicas, adotando uma agenda de ajustes, além dos graves escândalos de corrupção, que envolveu também políticos da base do governo, deslegitimaram o governo e rompem afinidades e compromissos de governo com os trabalhadores já que a agenda de ajuste compromete direitos trabalhistas e estimula políticas repressivas sobre a força de trabalho, aprofundando as condições de precarização do trabalho e reprodução da vida. (IVO, 2018, p. 50).

No contexto da saúde mental, no final de 2015, assistimos ao MS ser negociado com o maior partido da base aliada do governo, em meio à enorme ofensiva de setores conservadores da sociedade, a fim de restabelecer o comando das ações de Estado e submetê-la às demandas do capital (GULJOR; AMARANTE, 2017).

Ocorre a remoção do psiquiatra Roberto Tykanori, militante histórico da reforma psiquiátrica brasileira e a nomeação de um psiquiatra historicamente ligado a instituições manicomiais para o cargo de Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental.

Houve grande oposição do movimento da luta antimanicomial que encampou uma ocupação da sala da área técnica de saúde mental do MS por 120 dias, em sinal de descontentamento e resistência. Em agosto de 2016, a presidente é afastada definitivamente sob acusação de ter participado de operações de crédito, conhecidas

como pedaladas fiscais, referentes ao pagamento do Plano Safra, fato que havia sido negado através de resultado de uma perícia realizada por técnicos do Senado Federal, meses antes do processo de impedimento ser votado (G1, 2016).

Ivo (2018) traz alguns modelos explicativos para as “[...] assimetrias no percurso entre economia, democracia social e política [...]” no Brasil, no contexto de 2015-2016:

- apesar dos movimentos sociais de 1970 e da luta pela redemocratização no Brasil terem conseguido avanços nas políticas sociais e garantia de direitos individuais e coletivos, através de forte participação popular e política, as políticas de austeridade da década de 90 resultaram numa inadequação entre democracia e políticas sociais, afetando em especial a classe assalariada dos centros urbanos;

- outro ponto que a autora destaca é a queda do preço das commodities no mercado internacional, afetando financeiramente os municípios que já careciam de serviços públicos de excelência, criando uma “[...] inversão entre direitos e deveres da cidadania, entre as contrapartidas dos beneficiários e a contraprestação do Estado, produzindo uma crise de representação entre os cidadãos e a política” (IVO, 2018, p. 52);

- o impedimento da presidente aprofundou ainda mais a crise econômica, propiciando saídas radicais e autoritárias, como o congelamento de gastos públicos por 20 anos, através da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 que, após aprovada no Senado como PEC 51/2016, foi promulgada como Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016.

O vice-presidente assume o poder, inclusive trocando o slogan e a logomarca do governo, demonstrando um projeto político<sup>6</sup> diferente daquele que saiu vitorioso na eleição de 2014. Reformas trabalhistas e da Previdência com perdas para trabalhadores e ganhos para o setor financeiro alteraram o “pacto social” que se fez desde a Constituição Cidadã para, agora, reafirmar os anseios do mercado financeiro e das grandes oligarquias brasileiras.

Neste mesmo diapasão, assistimos à nomeação do novo coordenador de saúde mental no início de 2017, que encampou uma série de discussões e tratativas com os conselhos de secretários de saúde e entidades públicas, privadas e

---

<sup>6</sup> Usamos a definição de Dagnino (2004) que entende projeto político como “conjunto de crenças, interesses, concepções de mundo, representações do que deve ser a vida em sociedade, quem orientam a ação política dos diferentes sujeitos” (p. 144).

filantrópicas afins ao tema, para modificações na política de saúde mental, recebendo várias críticas por parte dos Conselhos de Classe, da Procuradoria Federal de Direito do Cidadão (PFDC), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), do Movimento da Luta Antimanicomial, entre outras entidades. Cabe ressaltar que o coordenador recebeu moções de apoio por parte do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e mais de 70 outras entidades (BRASIL, 2018).

No entanto, toda esta mobilização do movimento da luta antimanicomial não encontrou eco suficiente para impedir que pilares da RPB fossem abalados através da pactuação das novas diretrizes da Política de Saúde Mental, durante reunião da CIT, com assinatura da Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017, que reorientou o modelo e, dias depois, com o lançamento da Portaria nº 3.588, em 21 de dezembro de 2017, trazendo normas de funcionamento da RAPS e normas de financiamento.

A Reforma Psiquiátrica avançou muito desde a década de 80, alcançou vitórias e fomentou profundas transformações na assistência psiquiátrica e em saúde mental no Brasil, além de conseguir inserir-se no imaginário da sociedade.

A avaliação e análise de ações implantadas nos municípios são de fundamental importância para identificar se a trajetória escolhida pela política pública prescrita leva ao destino almejado, que é o da reinserção social e ampliação de autonomia dos usuários atendidos.

Considerando a assistência em saúde mental implementada em Aracaju, frente à mudança nas prioridades da política nacional de saúde mental, várias perguntas foram levantadas: de que maneira a política de saúde mental de Aracaju (RAPS) segue as normativas federais prescritas? Como está caracterizada a Rede de serviços de saúde mental de Aracaju? Quais ações de gestão do cuidado são realizadas na rotina dos serviços implantados? Quais são as ações e articulações intersetoriais observadas, e como acontecem na prática?

Assim, este estudo pretende contribuir com a produção bibliográfica no campo da saúde mental, visando apresentar uma fotografia atual da RAPS no município de Aracaju, com todas suas tonalidades e sombras, pretendendo iluminar caminhos que busquem enfatizar as diretrizes de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e inclusão social dos usuários atendidos, bem como sinalizar passos a serem seguidos, demonstrando fortalezas e fragilidades da rede.

### 1.3 OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

A finalidade deste estudo é conhecer os pontos de atenção da RAPS do município de Aracaju e analisar a distância entre a política pública de saúde mental prescrita pelo MS e a rede de serviços implementada pelo município, no período de julho de 2017 e junho de 2018.

Para alcançar este objetivo geral, estabelecemos os objetivos específicos:

- Caracterizar a RAPS do Município de Aracaju – Sergipe;
- Descrever as ações de gestão do cuidado nos pontos de atenção à Saúde Mental, na RAPS do Município de Aracaju – Sergipe.
- Descrever as ações intersetoriais;

A metodologia utilizada foi quanti-qualitativa, lançando mão de instrumentos de pesquisa como a observação direta e questionários, aplicados a gestores e trabalhadores dos serviços que compõem a RAPS do município de Aracaju.

Acredita-se nos benefícios deste estudo para os atores envolvidos no cotidiano dos serviços, na medida em que os sujeitos da pesquisa, ao mesmo tempo em que oferecem informações, beneficiam-se delas e de análises de processo de trabalho, relações de poder e possíveis insights para a qualificação da gestão e dos seus processos de trabalho. Espera-se, também, que os resultados da pesquisa ajudem a incentivar a cultura avaliativa nas equipes dos serviços de saúde mental da RAPS Aracaju e dos gestores de saúde mental, bem como a participação ativa de familiares e usuários, neste processo.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Este capítulo tem como finalidade a contextualização histórica da temática, na qual serão abordados aspectos como: Estigma, Paradigma Asilar e suas críticas; Movimento de Trabalhadores e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Luta e Invenção da Vida; Anos 2000 a 2017: A Reforma Psiquiátrica Brasileira como Política de Estado e os Retrocessos que apontam no Horizonte

### 2.1 ESTIGMA, PARADIGMA ASILAR E SUAS CRÍTICAS

Até o século passado, o Brasil vivenciava uma situação de abandono e negligência para com os doentes mentais. A oferta de tratamento era feita através de internações psiquiátricas, muitas vezes asilares, em hospitais com condições insalubres, onde a reabilitação não era o objetivo do “tratamento” (AMARANTE, 2001)

No estudo sobre o modelo psiquiátrico clássico, duas obras se destacam, entre outras tantas: *A História da Loucura na Idade Média*, de Foucault (2008), e Goffman (1974), com *Manicômios, Prisões e Conventos*, que detalham a estrutura, a natureza e a microssociologia das instituições totais.

Foucault (2008) criticava exatamente as condições que permitiram a constituição do saber sobre a loucura, e sua relação com a razão que justificava o isolamento dos ditos alienados, como prática social.

Segundo Amarante (2001, p. 23), a percepção social da loucura na Idade Média “encontra-se com a idéia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária. O percurso arqueológico de Foucault nos permite acompanhar a partilha entre razão e loucura pela verdade.”

Durante a Época Clássica, o hospício tinha a função de hospedaria. Hospitais e casas de misericórdia abrigavam excluídos: prostitutas, leprosos, loucos, ladrões, vagabundos, todos que ameaçavam a ordem social. Naquele período ainda não havia a preocupação com critérios médicos, e o que marcava os loucos era a desrazão. A ética da época organizou-se pelo primado da razão iluminista.

Já na Idade Média (século XVIII) há a convergência entre percepção, dedução e conhecimento e este, internamente, ganha símbolos médicos e características terapêuticas. Assim, a desrazão vai dando lugar à alienação enquanto critério de

diferenciação do louco perante a ordem social. A doença mental torna-se objeto fundante da prática e do saber psiquiátrico.

No livro "O Nascimento da Clínica", Foucault (1977) descreve exatamente a transformação do hospital, que inicialmente era uma hospedaria, em uma instituição médica através da ação sistemática e dominante da disciplina, organização e investigação médica. A doença mental é definida como problema de ordem moral, e fica instituído o tratamento moral (CASTEL, 1978).

A partir da segunda metade do Século XIX, a psiquiatria passa a ser o imperativo de ordenação dos sujeitos e assume uma matriz positivista, seguindo a orientação das ciências naturais. Limita-se a observar e descrever os fenômenos dos distúrbios nervosos. Até os dias atuais, observamos que este modelo nos influencia na medida em que é delegado, ao psiquiatra, o poder de definir se alguém pode ser levado contra sua vontade para um tratamento de exclusão social. Esta é a única especialidade médica que tem esta marca.

Desde o primeiro Tratado de Psiquiatria de Emil Kraepelin, publicado em 1902, com sua classificação das doenças mentais em síndromes (alguns destes pacientes foram classificados como violentos), temos desenvolvido estigmas quanto à periculosidade do doente mental e à necessidade de isolamento social.

O estigma corrói a possibilidade de contraturalizar na sociedade, seja dentro da família, na rede social ou na rede de saúde. Goffman (1988) nos fala que estigma tem a ver com identidade social mais do que com status social. Segue postulando que classificamos e categorizamos os indivíduos quando estes nos são apresentados, baseando-se em relações sociais para além dos atributos reais.

E complementa:

Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre identidade social virtual e a identidade social real. (GOFFMAN, 1988, p. 12)

O estigma é, então, construído a partir do olhar do outro e de sua valoração da diferença. O estigma somente se constrói ou se desfaz nas relações sociais, de modo que a discriminação e estigma existam num certo contexto de relações, interpretação, ou julgamentos de atributos de outra pessoa ou grupo social (GOFFMAN, 1988).

O período Pós-guerra torna-se cenário do projeto de reforma psiquiátrica contemporânea. Na França, Philip Pinel já havia pontuado contradições entre o isolamento e o projeto terapêutico-assistencial da medicina mental. Ele ficou conhecido pela “libertação” dos loucos das correntes e cárceres onde eram “tratados” em um hospital específico, onde as doenças mentais seriam estudadas e tratadas.

Foram várias as propostas de reforma da assistência psiquiátrica em todo mundo: EUA, Espanha, países da América Latina, mas a que queremos chamar a atenção é a Psiquiatria Democrática Italiana e a experiência da tradição basagliana. Vale a pena ressaltar que, nas palavras de Amarante,

[...] as experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, EUA, França e Brasil encontram-se relacionadas – e ao mesmo tempo marcadas – por singularidades e, portanto, merecendo leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de que tenhamos marcos históricos comuns – por exemplo, as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade, e posteriormente, com a eclosão e término da segunda guerra mundial. (AMARANTE, 2001, p. 45).

Basaglia (1985), psiquiatra italiano, passa então a questionar não somente os manicômios, mas fundamentalmente a redução da loucura à doença mental. Ele entendia a loucura como processo social, sofrimento existencial, era contra o paradigma psiquiátrico clássico da “exclusão para elucidação”; a ligação intrínseca entre sociedade e loucura é separada artificialmente e classificada com qualidades morais, tais como periculosidade e marginalidade.

O movimento Psiquiatria Democrática Italiana (1974) denunciava as práticas concretas e simbólicas de violência institucional. Este não ficou restrito à área de saúde mental, fazendo alianças com forças sindicais, políticas e sociais da época. Ele trouxe à tona a impossibilidade de humanização da instituição psiquiátrica e propunha a superação do manicômio e a reinvenção do território de relações entre cidade e justiça (AMARANTE, 2001, p. 48).

A partir de experiências reais de fechamento de manicômios e reformulação da assistência psiquiátrica em cidades italianas, o movimento da psiquiatria democrática consegue adeptos políticos e reformula leis que revogam a preferência por tratamentos em hospícios, em 1978.

Na América Latina e no Brasil, a Declaração de Caracas, documento resultante de uma Conferência Regional ocorrida na Venezuela, em novembro de 1990, pela Restruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, foi uma divisor de águas no fomento de mudança na atenção às pessoas com transtornos mentais, quando postula que deveria haver integração de ações de saúde mental na atenção básica, mudança de modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico e proteção aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Uma revisão sistemática realizada por Mascayano et al. (2016) identificou que os atributos negativos mais comumente relacionados aos “doentes mentais” eram os de “violentos” e “perigosos”. Mascayano et al. (2016) estratificou os tipos de estigma conforme o Quadro 1. Vale ressaltar que poucos artigos sobre o tema do estigma foram publicados no contexto dos países da América Latina e Caribe.

Trabalhos epidemiológicos têm demonstrado que a prevalência de esquizofrenia entre os infratores é de 6-10%. E, embora esta associação exista, limita-se a certos grupos de doentes e não se sabe quais os mais propensos a desenvolver comportamento agressivo. Outro aspecto é que, geralmente, somente uma pequena parcela da violência social pode ser atribuída a esta população (VALENÇA; MORAIS, 2006; TEIXEIRA et al. 2007; TAYLOR; THORNICROFT, 2016).

Mesmo assim, o estigma social dentro da família, nos locais de trabalho e o próprio autoestigma estão muito presentes e são sentidos no dia-a-dia da sociedade e dos serviços de saúde. A estigmatização dificulta a busca por tratamento ou, até mesmo, atrapalha a sua adesão.

Dentro do estigma institucional, também foram observadas e identificadas atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde que trabalham com doentes mentais e, ainda, em estudantes de medicina e demais áreas de saúde. O local de trabalho e o sistema de saúde, onde se inserem estes profissionais, parecem influenciar nestas atitudes (MASCAYANO et al., 2016).

**Quadro 1 - Tipos de estigma**

TIPOS DE ESTIGMA	DEFINIÇÃO
Público	Processo pelo qual a população geral estigmatiza indivíduos pela sua doença mental, processo consistente de estereotipização, preconceito e discriminação.

Institucional	Práticas institucionais que trabalham para a desvantagem dos grupos estigmatizados ou pessoa estigmatizada.
Autoestigma	Quando um indivíduo aceita estereótipos publicamente reconhecidos pela sociedade e os aplica a si mesmo.
Família	Quando o estigma é experimentado entre aqueles que estão relacionados por parentesco a indivíduos rotulados.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em MASCAYANO et al. 2016, 2018.

Vários estudos demonstram que os maiores motivos de dificuldade no acesso aos serviços de saúde e a tratamento adequado para pessoas com transtorno mental e abuso de substâncias psicoativas devem-se ao estigma, seja o autoestigma, o estigma/preconceito institucional ou o estigma por parte de familiares, bem como dos profissionais que deveriam atender a este público de maneira a colaborar com a sua recuperação (recovery) (MASCAYANO et al., 2016; THORNICROFT; TANSELLA, 2008).

Apesar dos avanços na política de saúde mental, prescrita pela esfera federal e colocada em campo pelas municipalidades, ainda temos uma dívida com este campo da desestigmatização, uma vez que campanhas públicas, ações focadas em grupos específicos de pessoas, ações na mídia televisiva ou social para redução do estigma relacionado aos doentes mentais e usuários de drogas não têm sido prioridades em nenhuma esfera governamental no Brasil.

Com exceção de iniciativas de associações de profissionais, a exemplo do Setembro Amarelo e o Janeiro Branco, que tentam alertar sobre o suicídio e doenças mentais, respectivamente, não têm havido investimentos públicos neste sentido, já há algum tempo. Necessita-se de mais ações para modificar a relação social e cultural com a loucura e com o diferente.

Gronholm et al (2017) conduziram uma síntese narrativa de revisões sistemáticas sobre intervenções de enfrentamento ao estigma, traçando o estado da arte no tema, onde encontraram evidências pequenas e moderadas sobre os impactos de campanhas de mídia de massa e intervenções para grupos-alvo, em termos de informações relacionadas ao estigma e atitudes, e que resultem em busca por ajuda e desejo de contato. No entanto, como não existem trabalhos de acompanhamento das iniciativas em longo prazo, não se sabe se estas intervenções têm um impacto duradouro.

Muitos países da América Latina e Caribe, considerados em desenvolvimento, implantaram reformas de modelo de atenção à saúde mental, baseados em diretrizes para reestruturação da assistência psiquiátrica, bem como conseguiram concretizar ações políticas para modificarem sua legislação no sentido de garantir direitos dos usuários do sistema. Como exemplos, são citados: Chile, Panamá, El Salvador, Nicarágua, Guatemala, Belize e Brasil (ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010).

A Declaração de Caracas, em 1990, dava o tom das mudanças pretendidas, uma vez que se reconhecia a incapacidade do modelo tradicional de hospitais psiquiátricos dar conta das necessidades complexas das pessoas com transtornos mentais, que eram submetidas a situações de extrema violência e desrespeito aos direitos humanos.

O caldeirão que fervia, na época, era temperado com estudos epidemiológicos que demonstravam que as doenças mentais estavam relacionadas às condições socioeconômicas e culturais; alguns países com governos mais progressistas passaram a implantar políticas de saúde, ouvindo as demandas dos usuários dos sistemas de saúde mental, além das evidências que surgiam sobre a efetividade de serviços comunitários de saúde mental (ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010).

A partir dos anos 90, o que regia as discussões no campo das críticas ao modelo teórico psiquiátrico saúde-doença apontava para a necessidade de implantar serviços de saúde mental de base comunitária, voltados para o restabelecimento de vidas e trajetórias singulares das pessoas com transtorno mental, numa incessante busca por garantia de direitos, cidadania e reinserção social (THORNICROFT; TANSELLA, 2008; JACOBSON; GREENLEY, 2001; PITTA, 2001; SARACENO, 2001).

Estes movimentos tiveram grande influência no Brasil, a partir de conferências e seminários internacionais realizados no país, com a presença de reformistas que questionavam o paradigma psiquiátrico e a instituição psiquiátrica.

## 2.2 MOVIMENTO DE TRABALHADORES E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: Luta e invenção da vida

O movimento por mudanças na atenção à saúde mental no Brasil surge entre as décadas de 70-80, oriundo da insatisfação dos trabalhadores de hospícios brasileiros, pensadores e familiares de pacientes que sofriam e discordavam do

andamento da política pública em saúde<sup>7</sup>. Muitos psiquiatras, estudantes e profissionais de saúde mental da época estiveram visitando a experiência de Trieste e Gorizia na Itália e, desde este período, recebemos visitas e realizamos conferências com vários protagonistas de movimentos reformistas europeus.

Vivia-se o momento pós-ditadura militar, e o processo de redemocratização fez-se concomitante pela luta por direitos civis e humanos, a fim de atender às necessidades de saúde e de liberdade. O movimento da reforma sanitária e da Constituinte teve seu ápice no final da década de 80, com a promulgação da Constituição Cidadã, como ficou conhecida a Constituição do Brasil, que garantia a saúde como direito de todos e dever do estado, assim como as leis orgânicas do SUS.

Muitos militantes da reforma sanitária e psiquiátrica assumiram espaços em estruturas de gestão de Estado, neste período, e passaram a implementar políticas sociais (saúde, educação, assistência social) com os ideais reformistas. Segundo Guljor (2017), o grande marco da RPB foi o ano de 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e “[...] significou o primeiro momento de oficialização de uma política de saúde mental que buscava romper com o modelo hospitalocêntrico” (GULJOR, 2017, p. 639).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental toma como base o que já acontecia, em termos de políticas públicas de saúde mental pós-ditadura militar, em alguns lugares do país, particularmente em São Paulo, durante Governo Franco Montoro (1983-1987), através de intervenções como: Saúde Mental na Atenção Primária; Ambulatórios X Hospitais; Humanização e fechamento de leitos psiquiátricos; lares abrigados; residências terapêuticas; criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Luís Cerqueira.

A entrada do Brasil na agenda de políticas de Bem-Estar Social deu-se em atraso, quando comparada à de países de economias centrais que, na década de 90, enfrentavam um novo modelo de dominação capitalista com o início da globalização neoliberal (KURZ, 1998). Assim, assistimos a uma época de refluxo de movimentos sindicais como resultado das alterações das relações de trabalho impostas pelo neoliberalismo global, dando espaço para o fortalecimento de movimentos populares setoriais como o da Luta Antimanicomial.

---

<sup>7</sup> A descrição do Movimento de trabalhadores não será foco deste estudo. Para maiores informações consultar AMARANTE (1995), GULJOR; AMARANTE (2017), PITTA (2011).

Entre os anos 90 e 2000, observaram-se avanços na força política do movimento da RPB que teve, como resultado, portarias federais e incentivos à reversão do modelo asilar para um modelo comunitário de atenção à saúde mental, consonante com as diretrizes internacionais (OPAS, 1990; ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010; WHO, 2012; WHO 2013).

Apresentava-se, como compromisso, a reinserção psicossocial, desestigmatização do doente mental, bem como a garantia do acesso aos serviços de saúde, inclusive à atenção primária sem preconceito e discriminação.

Em especial, destacamos o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que tramitou por 12 anos, frente a críticas e resistências políticas e culturais até ser aprovado e sancionado através da Lei 10.216, em 2001, e como seu irmão, Delgado (2011) nos disse: “uma lei fundadora? Não! Fundadora da lei é o Movimento da Luta Antimanicomial e seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história” e segue afirmando que:

[...] era preciso continuar o trabalho de todos aqueles, profissionais e leigos, que alertas e sensíveis, buscavam reorientar a medicina moderna na direção que aponta para a unidade corpo-espírito e querer, assim, encontrar a origem, a fabricação das doenças orgânicas, físicas e mentais. [...]. (DELGADO, 2011, p. 4702).

Assim, a RPB foi norteadada pelos preceitos do SUS:

- universalidade de acesso a todas as pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao abuso de drogas;
- equidade: “o sentido de justiça” (DELGADO, 2011, p. 4704);
- descentralização: ofertando-se serviços comunitários e de base territorial para atenção integral à saúde mental, próximos aos locais onde as pessoas vivem, seja com ofertas de ações na atenção básica, seja com unidades em hospitais gerais, ou no acolhimento em serviços de acesso universal;
- integralidade: garantia de atenção às necessidades dos usuários de saúde mental, em qualquer momento de sua vida, “[...] desde a vacina ao transplante” [...] (DELGADO, 2011, p. 4704), tudo tem que ser disponibilizado aos usuários no momento oportuno.

A fim de garantir o alcance destes princípios, foram lançadas portarias ministeriais que, desde a década de 90, já mostravam um caminho crescente de reformas e indução por parte da esfera federal de governo.

A criatividade dos militantes “mentaleiros” foi o que ditou a implantação de uma série de serviços inovadores, tais como oficinas terapêuticas, centros de convivência, oficinas de geração de renda e cooperativas de trabalho que, aos poucos, eram incorporadas pelo poder público e financiadas através das portarias do MS. No entanto, para Amarante e Nunes (2018), estas normativas, quando prescritas, muitas vezes não captavam toda a engenhosidade dos sujeitos em ação nos territórios e, às vezes, limitavam as ações efetivadas.

A luta pela inserção social contra a discriminação de toda natureza e pela ampliação da clínica em saúde mental sempre foi foco dos movimentos organizados por uma sociedade mais incluyente. Desde as décadas de 70 e 80, a sociedade civil organizada incluiu estas pautas de desestigmatização e supressão de direitos dos doentes mentais como pauta de reivindicação junto ao Estado e seus governantes.

### 2.3 ANOS 2000 A 2017: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA COMO POLÍTICA DE ESTADO E OS RETROCESSOS QUE APONTAM NO HORIZONTE

Acreditamos ser bastante elucidativo dar maior destaque aos anos 2000, como década de efetivação política da RPB. Desde os anos 90, em especial com o lançamento das Portarias nº 189/1991, que aprovava os procedimentos realizados em CAPS e NAPS e mudava o curso do financiamento em saúde mental, e da Portaria nº 224/1992, que regulamentou o funcionamento dos serviços de saúde mental, que tinham como diretrizes de implantação as mesmas do Sistema Único de Saúde. Desta forma, o caminho parecia ser progressivo.

Esta última portaria citada foi a precursora do regramento para funcionamento dos Centros de Saúde Mental (CAPS) e, mais que isso, trouxe como novidade as normas e diretrizes para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos financiados pelo SUS, frutos de tantas denúncias de maus tratos e atentados contra direitos civis e humanos.

Durante aquela década, várias prescrições foram feitas aos hospitais psiquiátricos, bem como foram criadas comissões e grupos operativos de acompanhamento do processo, compostos por familiares, usuários e trabalhadores de saúde mental (BRASIL, 2004).

Mas, adentrando propriamente nos anos 2000, observamos que houve, no campo político, condições objetivas de efetivação cada vez mais rápida de uma série

de normativas para a ampliação de serviços comunitários em saúde mental, ampliação do orçamento público para a saúde, criação dos Serviços Residenciais terapêuticos, sobretudo com uma mudança no cenário macropolítico, após assumir a presidência do país, em 2003, um setor engajado com as causas sociais que pôde avançar no contexto dos direitos civis e sociais.

Alguns autores chamam a primeira década dos anos 2000 como a década onde a Reforma Psiquiátrica se consolida enquanto política de Estado (PITTA, 2011; GULJOR; AMARANTE, 2017). Como características deste período, encontramos várias políticas indutivas e edição de portaria criando um programa nacional de avaliação de serviços hospitalares (PNASH) que, em sua versão Psiquiatria, induziu ao fechamento de hospitais que não se adequavam a critérios de funcionamento e humanização do cuidado, além da inversão do financiamento em saúde mental que, a partir de 2006, passou a ter mais 70% dos recursos destinados aos serviços comunitários.

Na década de 90, tivemos avanços na política de saúde mental nacional, quando definimos as normas de funcionamento dos hospitais psiquiátricos, inclusive com proibições (como de celas fortes) e grande desenvolvimento de vistorias e auditorias naqueles serviços. No entanto, por não colocar o hospital psiquiátrico como ponto de atenção, negando uma realidade ainda em processo de mudança no país, deixamos de aprimorar as formas de regulamentação e suas vistorias.

Houve um processo de fechamento recente de hospitais, decorrente dos resultados do Plano Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH-PSIQUIATRIA), realizado em todo país, a partir de 2002, com indicação de descredenciamento de estabelecimentos que não preenchiam as normativas de humanização e cuidado, estruturas físicas precárias e, em alguns casos, realizavam desrespeito aos direitos humanos. Em Aracaju houve, inclusive, fechamento de uma clínica psiquiátrica no ano de 2012, após avaliação federal (BRASIL, 2011; TERRA, 2017).

No entanto, a partir de 2017, após impedimento da presidenta Dilma Rousseff e mudança do projeto político nacional, conforme detalhado na seção anterior, a política nacional de saúde mental sofre grandes alterações, após aprovação da Resolução Tripartite nº 32/2017. O Quadro 3 traz as principais mudanças que trouxe a referida normativa.

No que se refere às novas diretrizes da Política de Saúde Mental e suas prescrições, destacaremos algumas, a seguir.

A Portaria de Consolidação nº 3 de 03/10/2017 e que foi ratificada pela Resolução CIT nº 32, de 14 de dezembro de 2017, trouxe mudanças com relação às normas da RAPS no que se refere aos pontos de atenção. No Componente Atenção Psicossocial, foram introduzidas as equipes de atenção especializada em Saúde Mental/ Unidades Ambulatoriais Especializadas.

**Quadro 2 - Principais alterações da Política Nacional de Saúde Mental (RAPS)**

NORMATIVA	PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
<b>RESOLUÇÃO CIT Nº 32/201</b>	Traz uma lista de Pontos de Atenção da RAPS com ampliação de pontos em destaque: - Atenção Básica - Consultório na Rua - Centros de Convivência - UAA - SRT - <b>Hospital dia</b> - Unidades de Referência em Hospital Geral - <b>Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental</b> - <b>Hospitais Psiquiátricos Especializados</b>
	Outro ponto é o Art. 5º que veda qualquer ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos “reafirmando o modelo assistencial de base comunitária”
	Retorno do entendimento de níveis de atenção na medida em que define equipes multiprofissionais de saúde mental para prestar atenção no “nível secundário” para “casos moderados”, como define a Portaria 3588/2017 lançada dias depois;
	Cria nova modalidade de CAPS – o CAPS ad IV para cidades com mais de 500 mil habitantes que oferecerá atenção médica 24h.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Estas unidades ambulatoriais deverão atender às pessoas com transtornos mentais “moderados” e tem, como objetivos, prestar assistência multiprofissional (segundo a portaria deve ter no mínimo médico, psicólogo e assistente social), responder às necessidades de atendimento identificadas pela atenção básica que organizará esta assistência. Devem se constituir, preferencialmente, para referência regional, trabalhar de forma integrada com os demais pontos de atenção e realizar ações intersetoriais em articulação com Sistema Único de Assistência Social (SUAS), garantindo “direitos de cidadania” (BRASIL, 2017d).

O Quadro 4 relaciona as principais prescrições no atendimento ambulatorial em saúde mental.

**Quadro 3 - Equipes Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – composição e financiamento, 2017**

PRESCRIÇÃO	DEFINIÇÕES	FINANCIAMENTO
Equipe Tipo I	Composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em Psiquiatria (total de 10 horas semanais), 1 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 1 (um) assistente social (30 horas semanais);	R\$ 12.000,00 mensais
Equipe Tipo II	Composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais);	R\$ 21.000,00 mensais
Equipe Tipo III	Composta por 1 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 2 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 1 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 1 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).	R\$ 30.000,00 mensais
<p><b>Consideram-se as seguintes categorias profissionais de nível superior: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo;</b>  <b>A carga-horária de serviços profissionais poderá ser atribuída a mais de um profissional, respeitando o limite mínimo de 10 (dez) horas semanais por profissional.</b></p>		

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL, (2017d), 2018

A Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017, reintroduz os hospitais psiquiátricos especializados e hospital-dia, aumentando o valor das diárias, fato que não ocorria desde 2009, por não ser um procedimento incentivado pelo SUS, até então. Nos Quadros 5 e 6, trazemos uma sistematização sobre as principais mudanças normativas.

**Quadro 4 - Comparativo De Normatizações Para Enfermaria Psiquiátrica Em Hospital Geral/Raps**

LEITOS ESPECIALIZADOS EM HOSPITAL GERAL	PORTARIA 148/2012	PORTARIA 3588/2017
<b>Gradação de leitos</b>	4-30 leitos Até 15% da quantidade total de leitos do hospital	8-30 leitos Até 20% da quantidade total de leitos do hospital

<b>Equipe de saúde por turno</b>	<p><b>Ate 4 leitos:</b> 01 técnico, 01 profissional de saúde mental, 01 médico clínico</p> <p><b>5-10 leitos:</b> 02 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 02 profissionais de saúde mental de nível superior; e 01 médico clínico responsável pelos leitos;</p> <p><b>11 a 20 leitos:</b> 04 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 01 enfermeiro, 02 profissionais de saúde mental de nível superior e 01 médico, preferencialmente psiquiatra;</p> <p><b>21 a 30 leitos:</b> 06 técnicos ou auxiliares de enfermagem; 01 enfermeiro, 03 profissionais de saúde mental de nível superior; 01 médico clínico responsável pelos leitos; e 01 médico psiquiatra responsável pelos leitos.</p>	<p><b>8-10 leitos:</b> 02 técnicos por turno, 02 profissionais de saúde mental nível superior (40h/sem.) e 01 psiquiatra (mín. 10h/semana)</p> <p><b>11-20 leitos:</b> 04 técnicos/auxiliares de enfermagem (diurno) e 03 técnicos/auxiliares de enfermagem (noturno); 02 profissionais de saúde mental, 01 enfermeiro; 01 médico psiquiatra (min. 20h/sem.)</p> <p><b>21-30 leitos:</b> 05 técnicos/auxiliares de enfermagem (diurno) e 04 técnicos/auxiliares de enfermagem (noturno); 02 profissionais de saúde mental, 01 enfermeiro; 01 médico clínico para interconsultas e 01 ou 02 psiquiatras (min. 30h/sem.)</p>
<b>Incentivo de implantação</b>	Sem alterações	Fica facultado aos gestores com até 10 leitos implantados solicitar adequação e incentivos de implantação ou não. A partir de 10 leitos todos devem adequar-se num prazo de 12 meses a partir de 21/12/2017.
<b>Incentivo de Custeio</b>	Mediante habilitação	Foi acrescentado como critério de habilitação taxa de ocupação mínima de 80%.

Fonte: Elabora pela autora, baseado em BRASIL (2012); BRASIL (2017<sup>o</sup>), BRASIL, (2017c), 2018

Merece destaque o Artigo 5<sup>o</sup> da Resolução nº 32 de 14/12/2017, da CIT, que estabelece “[...] vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária” (BRASIL, 2017e).

As novas diretrizes supramencionadas prescrevem, também, a garantia de queda do valor das diárias em 50%, caso os pacientes permaneçam mais (de 90 dias internados, e a manutenção dos valores atuais de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), nos casos de leitos de longa permanência.

No entanto, menos de 8 meses depois dessa resolução, contrariando o compromisso assumido, o MS lança portaria, aumentando em 60% o valor da AIH de

internações psiquiátricas de longa permanência (mais de 90 dias) demonstrando o paradoxo entre suas prescrições e a práxis objetiva (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018).

**Quadro 5 - Comparativo de mudanças na normatização/prescrições para RAPS, 2018**

PRESCRIÇÃO	DESCRIÇÃO/MODIFICAÇÕES
<b>Portaria de Consolidação Nº 3/2017</b>	Consolida as portarias referentes ao tema, automaticamente revogando as anteriores. A atenção Psicossocial (RAPS) está descrita no Anexo V, mantendo-se todas regulamentações anteriores: disposições gerais, modalidades de serviços, normas de funcionamento e habilitação.
<b>Portaria de Consolidação Nº 6/2017</b>	Consolida portarias de financiamento, automaticamente revogando as anteriores. A atenção psicossocial está contida no Título III, Custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, Capítulo III.
<b>Portaria de Consolidação Nº 5/2017</b>	Consolidação portaria de normas sobre as ações e os serviços de saúde, automaticamente revogando as anteriores. Estão incluídos PNASH, PVC, normas para funcionamento de hospitais psiquiátricos, normas para concessão de benefício entre outros.
<b>Portaria 3588/2017</b>	<p>Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cria novos pontos de atenção na RAPS: equipes multiprofissionais de atenção ambulatorial em saúde mental, hospitais-dia e hospitais psiquiátricos especializados passam a compor o COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL;</li> <li>- As equipes de referência ambulatorial devem ter, no mínimo, psiquiatra, psicólogo e assistente social, devem atender casos “moderados”, porém não há definição de quais situações são essas. Define que devem realizar assistência interdisciplinar e intersetorial.</li> <li>- Cria nova modalidade de CAPS: CAPS AD IV que deve estar inserido em lugares próximos a cenas de uso e atender 24 horas, com psiquiatra de plantão;</li> <li>- Altera equipes das enfermarias especializadas em hospital geral, com redução de equipe de enfermagem por turno e de profissionais de saúde mental de nível superior, em especial nas enfermarias maiores (com até 30 leitos), exige a presença de médico psiquiatra para qualquer número de leitos, inclusive definindo carga horária mínima necessária. Além disso, amplia o percentual de leitos permitidos de 15% para 20% do total de leitos do hospital geral. Define taxa de ocupação mínima de 80% para habilitação de leitos e dá 12 meses para adaptação de enfermaria com mais de 10 leitos já implantados.</li> <li>- Altera o público alvo dos SRT que passa a ser “prioritariamente” de egressos de hospitais psiquiátricos de longa permanência, mas não somente. Além disso amplia o número de moradores de 8 para 10 pessoas</li> <li>- Aumenta o valor de AIH de hospitais psiquiátricos em cerca de 70% do valor anterior, definindo que não se aplica a leitos de longa permanência. Define a redução de 50% do valor da diária para permanências maiores que 90 dias.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em BRASIL (2017<sup>a</sup>); BRASIL (2017<sup>b</sup>); BRASIL (2017<sup>c</sup>); BRASIL (2017<sup>d</sup>), 2018

As alterações na política nacional de saúde mental representam um retrocesso na arquitetura da rede de atenção psicossocial prescrita pela esfera federal. No entanto, a busca pelo resgate da autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, especialmente aqueles mais fragilizados socialmente, desde o nascimento da

RAPS de Aracaju, foi traçada como diretriz de trabalho e continua tendo a atenção psicossocial como objetivo maior.

Deste modo cabe, a partir dos próximos capítulos, adentrarmos em uma breve discussão teórica sobre saúde e autonomia como necessidades humanas básicas, reabilitação social e rede e como estas categorias de análise influenciam na desestigmatização e reinserção social dos usuários de saúde mental.

### 3 AUTONOMIA E DIREITO À SAÚDE COMO NECESSIDADES BÁSICAS

Para Wolkmer (2004), devemos elucidar o que chamamos de necessidades humanas ou básicas. Dizem respeito, sobretudo, às necessidades existenciais, sociais e culturais. A dinâmica das necessidades e das carências, que permeia o indivíduo e a coletividade, refere-se tanto a um processo de subjetividade, modos de vida, desejos e valores, quanto à constante ausência ou vazio de algo almejado e nem sempre realizável (WOLKMER, 2004, p. 86).

As necessidades são inesgotáveis e definidas também historicamente, sempre em processo de recriação, devido às novas motivações. O cotidiano dos movimentos dos coletivos, organizados ou não, são os propulsores das demandas por novos direitos e novas necessidades.

No entanto, este conceito de subjetividade das necessidades é controverso e não consiste em unanimidade. Sabemos que no mundo contemporâneo há um *bigbrother* que nos impulsiona às necessidades de consumo, que são subjetivas e ditadas pelo mercado onde a noção de cidadania se esvazia para dar lugar à noção de consumidor (GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013).

A ilusão da liberdade de escolha que o mercado induz diz respeito à possibilidade de consumo daquilo que se oferece, como sendo necessário à vida. Junior e Pereira (2013) alertam que tanto este conceito de necessidades, de liberdade, quanto o de democracia são mentirosos, pois “[...] as necessidades são preferências individuais; a democracia é a liberal burguesa, restrita aos que têm mérito conferido pelo sistema dominante; e a liberdade é a negativa, definida como ausência de regulação estatal sobre as esferas individuais protegidas” (GOMES JUNIOR; PEREIRA, 2013, p. 60).

Wolkmer (2004, p. 87) nos alerta que é na vivência da carência e da negação de direitos que são forjados os movimentos sociais. Para este autor “o direito aparece aqui como fator articulador que internaliza a passagem da necessidade a reivindicação”.

Nas sociedades capitalistas centrais, o clamor por liberdades individuais, participação popular e autonomia/igualdade econômica fomentou a luta e a conquista de direitos políticos e sociais.

Ainda temos muito a conquistar neste campo, pois vivemos num cenário de profunda desigualdade social, numa sociedade excludente onde a luta é pela

satisfação das necessidades de sobrevivência: trabalho, moradia, saúde, alimentação, lazer, educação e repouso. Direitos, estes, já conquistados pela sociedade capitalista ocidental (WOLKMER, 2004).

Consideram-se necessidades básicas humanas as condições universais para a participação social. Estas condições são a **saúde** e a **autonomia crítica**, pois sem a primeira não existimos enquanto seres humanos e a segunda nos possibilita “[...] conhecer, criticar e contribuir para a mudança do meio.” (GOMES JÚNIOR; PEREIRA, 2013, p. 55).

Para Dallari (1988), o direito à saúde, quando observado como direito individual, tem a liberdade como a sua mais ampla acepção. Segue afirmando que ter direito à saúde diz respeito à liberdade de escolher o tipo de relação que se tem com a cidade onde moramos, com o meio ambiente, as escolhas que fazemos com relação às condições de trabalho, bem como quais recursos sanitários escolhemos procurar quando adoecidos e a quais tipo de tratamento nos submeteremos.

Porém, a autora alerta que esta liberdade também se refere ao direito dos profissionais em saúde, de escolherem o tratamento que julgarem mais adequado aos seus clientes. Sendo assim, conclui que “a efetiva liberdade necessária ao direito à saúde enquanto direito subjetivo depende do grau de desenvolvimento do Estado” (DALLARI, 1988, p. 59). De fato, unicamente no Estado desenvolvido socioeconômica e culturalmente o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social e para, adoecendo, participar do estabelecimento do tratamento.

Em última análise, o que garantiria o direito à saúde seria o fomento do acesso da população às necessidades básicas pela organização do Estado e a participação popular na luta e regulação pela garantia de direito. Não há saúde sem democracia nem participação social<sup>8</sup>.

Para Kurz (2006), frente a uma crise de acumulação de capital, o sistema neoliberal trata de restringir direitos e serviços essenciais, entre eles os de saúde pública. E os ganhos que se teve nas sociedades europeias, no que se refere ao estado de Bem-Estar Social, são colocados em xeque em cada movimento de retração do capital.

---

<sup>8</sup> “Saúde é Democracia”, frase dita por Sergio Arouca durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Não se trata, porém, apenas da desmontagem das capacidades de produção não-rentáveis mas, na senda desta tendência negativa, também o Estado se transforma cada vez mais numa simples administração do estado de emergência, porque já não consegue regular a economia empresarial globalizada e porque lhe estão a faltar as receitas. Há um consenso neoliberal suprapartidário em quase todos os países, que executa e legitima ideologicamente a crise do sistema, apenas e só contra os seres humanos.

Agora se vê que as 'aquisições civilizatórias' do período do pós-guerra não são autossustentáveis, mas tinham que ser alimentadas com uma valorização conseguida do 'trabalho abstrato'. Na mesma medida em que este regride, também a civilização social é obrigada a recuar. [...]

[...]Na maior parte dos casos são as camadas inferiores da pirâmide social as mais duramente atingidas pelas restrições financeiras nos serviços públicos, **como é o caso das instituições de trabalho social, de prestação de cuidados aos deficientes, aos sem abrigo e aos idosos, porque dispõem dos lobbies mais fracos.** (KURTZ, 2006, p. 6, grifo nosso).

No mundo globalizado, a identificação dos indivíduos como cidadãos livres e autônomos se confunde com a noção de consumo e sucesso. Assim, assistimos ao movimento de quebra de conquistas sociais importantes, que foram conseguidas às custas de luta social, dando lugar a ideia de que o mercado tem melhores ofertas para garantir o bem-estar, gerando "oportunidades", liberdade e prosperidade que o Estado não oferece. No entanto, sabemos que nem todos têm as mesmas oportunidades dentro de uma sociedade desigual e, para estas pessoas, a garantia da atenção às necessidades humanas básicas dependem de políticas sociais de Estado.

Quando nos referimos às pessoas com transtornos mentais, cabe reafirmar a obrigação de políticas públicas e sociais de reinserção e garantia de direitos civis. As diretrizes mundiais reafirmam a necessidade de que os países valorizem a saúde mental, promovam e protejam as pessoas com transtornos mentais, prevenindo agravos; que as pessoas já afetadas por doenças mentais possam exercer seus direitos civis e humanos no acesso aos serviços de saúde com qualidade e, no momento que mais precisem, através de serviços comunitários de saúde (WHO, 2013).

Estudos têm demonstrado que avançamos em várias diretrizes para a ampliação de acesso aos serviços de saúde, criação de ações comunitárias de saúde mental e desinstitucionalização preconizadas em acordos nacionais e internacionais, porém avançamos pouco no que se refere ao estigma e discriminação de pessoas

com transtornos mentais e abuso de substâncias psicoativas (ALMEIDA; HORVITZ-LENNON, 2010).

No entanto, não podemos ter saúde sem autonomia nem reduzir o estigma das pessoas com transtornos mentais sem o fomento de atitudes assistenciais e políticas públicas que tenham a reinserção social, a reabilitação psicossocial e o restabelecimento de vidas, como prioridades na atenção a este público.

Desde as primeiras iniciativas brasileiras de reforma do modelo hegemônico de atenção aos doentes mentais, conforme relatado anteriormente, o fomento de ações que propiciassem o protagonismo de usuários, bem como sua reinserção social através de ações e iniciativas intersetoriais foram sendo estimuladas.

No próximo capítulo falaremos mais sobre o significado de “reabilitar” em saúde mental, bem como a importância de articulação entre setores para além da saúde pública.

#### 4 A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: compromisso ético

O termo reabilitação psicossocial passou a ser utilizado num contexto de desinstitucionalização e desinternação de pacientes de hospitais psiquiátricos no Brasil, na década de 80 (SARACENO, 2001).

Pitta (2001) compreende a reabilitação psicossocial como um processo que possibilita ao indivíduo, a despeito de suas limitações, maior autonomia na comunidade. Já Saraceno (2001) descreve a reabilitação psicossocial como um exercício de cidadania e contratualidade estabelecida em esferas diferentes e complementares como o morar, a rede de relações sociais e o trabalho.

O cenário da produção da sociedade, tem o reconhecimento de um produto de valor social, ou seja, felizes ou não, todos querem um salário, e com ou sem reconhecimento, mudam de cenário e vão ao trabalho. A possibilidade de mudança está sempre presente [...] temos ai mais ou menos a medida da nossa capacidade contratual. Isto é, material de produção social, uns tem mais e outros tem menos” (SARACENO apud PITTA, 2001, p. 15).

Para Kinoshita (2001), a reabilitação psicossocial seria um processo de restituição do poder contratual do usuário, visando ampliar sua autonomia. A reabilitação psicossocial é entendida como compromisso e necessidade ética para os trabalhadores da área de saúde mental.

Não é uma tecnologia, mas uma abordagem, uma estratégia “[...] que implica muito mais que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de desabilidade a um estado de habilidade, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade.” (SARACENO apud PITTA, 2001).

O reabilitar não seria somente voltar a adquirir o estado de “normalidade” que se tinha anteriormente, mas para além disso, seria habilitar-se à sociedade, ao novo ser/self, com novos olhares e novos desafios a serem enfrentados; novas relações com a vida, com a família e consigo mesmo a serem traçadas; novos caminhos a serem habilitados. (VENTURINI, 2003).

Este conceito muito se aproxima do conceito de *recovery* (ANTHONY, 1993; FARKAS, 2007; PIAT, 2009). Entende-se a reabilitação para além do treinamento de habilidades diárias e sociais, para o empoderamento das pessoas com transtornos

mentais e abuso de substâncias, para sua autonomia e busca por novos caminhos de viver a vida.

Saraceno (2001) aponta que, na prática, outras variáveis influenciam no curso da doença mental em cada sujeito, não necessariamente a abordagem formal. Esta discussão provoca reflexões de que não somente a terapêutica e a clínica seriam suficientes para gerar mudanças significativas nas vidas dos pacientes.

A esperança, o autodescobrimento e aceitação, a conexão com outros sujeitos e o empoderamento sempre foram estimulados pelos movimentos sociais e pelos serviços de saúde mental, que estão orientados para a reabilitação psicossocial e recovery.

[...] os contextos onde o tratamento se dá<sup>9</sup>, as motivações e as expectativas de quem oferece o tratamento, os modos afetivos e materiais que constituem a assistência, a continuidade e a perspicácia com que são construídas propostas de vida para o paciente são mais decisivos para a evolução do mesmo. (SARACENO, 2011, p. 17).

Dialogando diretamente com os temas e com a cultura de atenção psicossocial implementada nas cidades brasileiras, nos serviços e redes de saúde mental, podemos ver no quadro abaixo o modelo de recovery proposto desde o final da década de 80, sobretudo nos Estados Unidos da América (EUA). Vale aqui a ressalva feita por Alvarez (2011) que o modelo de recuperação/restabelecimento/recovery, proposto pelos autores, foi suscitado dentro de um contexto de ausência de serviços públicos.

**Quadro 6** - Modelo teórico de Recovery

RECOVERY	Condições internas (individuais)	ESPERANÇA	Aquilo que leva à recuperação (recovery); acreditar na possibilidade de melhora; acreditar que é possível;
		HEALING	Tradução de <i>healing</i> é cura, mas aqui significa resgatar a essência saudável do ser. Healing quer dizer definir-se para além da doença, deter o controle. Ter controle tem dois significados: um diz respeito ao controle dos sintomas da doença e o segundo diz respeito ao controle da vida.

<sup>9</sup> Se em serviços comunitários ou em instituições asilares.

		EMPODERAMENTO	Dialoga com os conceitos anteriores , a partir da esperança e do healing, passa-se a se empoderar tendo controle do seu futuro, ser um agente ativo de transformação de sua própria vida. Os componentes do empoderamento são: autonomia (auto-estima, conhecimento), coragem (aceitar os riscos da vida autônoma, falar por si próprio, sair de rotinas tidas como seguras) e responsabilidade (desenvolver metas/projetos de vida, trabalhar junto às equipes de suporte e familiares/amigos)
		CONEXÃO	O recovery trata-se de um profundo processo social; significa se reconectar com o mundo social, sociabilidade. Conectar-se é achar seu lugar/papel no mundo e na vida em sociedade. Para muitos pacientes esta condição se efetiva na medida em que eles ajudam uns aos outros que se encontram em diferentes níveis de processo de recovery (peer support, por exemplo)
	Condições Externas (de profissionais, serviços e sistemas de saúde)	DIREITOS HUMANOS	Significa reduzir e eliminar o estigma e discriminação a pessoas com transtornos mentais: promovendo e protegendo os direitos destas pessoas; propiciando iguais possibilidades de acesso (educação, moradia, trabalho etc.); e garantir acesso a recursos necessários para sobrevivência. Garantia de cidadania;
	Condições Externas (de profissionais, serviços e sistemas de saúde)	CULTURA POSITIVA PARA O HEALING	Criar um ambiente propício a inclusão, cuidado, afeto, cooperação, humildade, empoderamento, respeito, dignidade, esperança, humor, confiança. São serviços que assumem para si a tolerância, escuta, empatia, compaixão e respeito. Respeito às diferenças e aos direitos humanos.

		<b>SERVIÇOS ORIENTADOS PARA O RECOVEREY</b>	<p>São serviços orientados para a cultura de empatia, tolerância e respeito. Oferecem ações voltadas para o alívio de sintomas, intervenções nas crises, manejo de casos, suporte básico, reabilitação, garantia de direitos, cuidados pessoais. Devem oferecer toda gama de suporte, desde focado na doença até a reinserção social. Faz-se com a participação dos usuários estimulando sua autonomia.</p>
--	--	---	---

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em JACOBSON; GREENLEY (2001); ANTHONY (1993); FARKAS (2007), 2018

Alvarez segue afirmando que em Madrid, na Espanha, foi implementado um modelo voltado para a reabilitação psicossocial, que conta com serviços públicos de saúde mental, além de uma rede intersetorial potente e, também, trabalhadores de várias profissões, diretamente envolvidos em ações que vão desde o tratamento medicamentoso das doenças, à moradia e trabalho (ALVAREZ, 2011).

Iniciativas internacionais foram propostas, visando reduzir morbidade das doenças mentais e orientar os países a construir sistemas e serviços de saúde mental que pudessem dar conta desta tarefa, além de orientar os governos a inserirem ações de saúde mental junto à atenção primária e a profissionais não especialistas, objetivando preencher a lacuna de assistência que existe globalmente; podemos citar como exemplo, respectivamente, dois programas da OMS: Mental Health Action Plan 2013-2020 e o Mental Health Gap Action Programme (MhGAP).

O objetivo geral do Mental Health Action Plan 2013-2020 é:

[...] promover a saúde mental, prevenir transtornos mentais, prover tratamento (cuidado), enfatizar o restabelecimento (recovery) dessas pessoas, incluindo-as como protagonistas e não apenas 'pacientes' do cuidado, promover os direitos humanos e reduzir a morbi-mortalidade para pessoas com doenças mentais (WHO, 2013, p. 9).

Tais ações, em suma, buscam ampliar e fomentar o restabelecimento e reconstrução de histórias de vida (recovery), mas também a redução da estigmatização e discriminação das pessoas com transtornos mentais, bem como garantir o atendimento de suas necessidades de saúde e autonomia.

Estas discussões sobre direitos humanos, necessidades humanas básicas e necessidade de saúde serviram de farol a iluminar o caminho para várias propostas de reforma na assistência psiquiátrica e na forma de se olhar o mundo e as pessoas ao nosso redor.

Além dos serviços de saúde, ações políticas e sociais que visem a garantia de direitos civis e humanos destas pessoas também se tornam imperativas. Este objetivo não poderá ser alcançado sem a existência de políticas públicas intersetoriais eficientes no acolhimento das demandas singulares dos cidadãos com transtornos mentais e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

As políticas intersetoriais devem transcender à noção de regionalização e de articulação de serviços. Há a necessidade de mudanças das mentalidades de profissionais, a fim de superar a tendência a corporativismo, bem como mudanças na cultura burocrática dos serviços públicos.

Houve grande indução de políticas intersetoriais, porém para Monnerat e Souza (2014), mesmo com o pressuposto da transversalidade das ações entre setores de políticas públicas, “[...] a concretização destas parcerias intersetoriais tem se mostrado frágeis e descontínuas [...]” (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 48) e indica como explicação para o fenômeno, dois fatores, a saber:

[...] o peso da tradição segmentada que caracteriza as intervenções estatais como campo social no país, dando lugar a conflitos e disputas por recursos [...]

Em segundo lugar, a indução dos níveis mais centrais de governo parece não surtir o efeito previsto já que cada programa é encarado como ação de determinado setor e/ou ministério [...] e não como algo cujas metas devem ser perseguidas conjuntamente a partir do empenho de diferentes áreas. (MONNERAT; SOUZA, 2014, p. 49).

Ações intersetoriais associadas às práticas de cuidado em saúde mental possibilitam a ampliação da clínica, bem como a interdisciplinaridade, dificultando que saberes específicos, tais como o saber médico, sobressaiam-se no cotidiano dos serviços e ações implementadas. Sabemos que, se a atenção à saúde mental se resume ao campo da saúde, pouco se consegue assumir a inserção social como meta de tratamento.

## 5 REDES E REINserÇÃO SOCIAL

Santos (1999) nos fala de território como processo, como disputa entre o hegemônico e o novo, entre o passado e o futuro, num campo de forças dentro do campo social. Para ele, o saber local é que une cotidiano e política.

Articular ações territoriais e em rede, pressupõe resgatar saberes e recursos da comunidade, valorizar o cuidado em saúde mental e a troca entre pessoas, usuários e trabalhadores.

A articulação de ações de atenção básica, reinserção social e a atenção psicossocial devem ser os maiores objetivos nos serviços comunitários da RAPS. Uma rede comunitária de cuidados em saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, não basta existirem serviços especializados implantados no território. É necessária a articulação de ações que visem a reabilitação social e a reinserção das pessoas com transtornos mentais, usuários do SUS e residentes no interstício das cidades.

Espera-se desta articulação de serviços e ações no território, que os trabalhadores articulados consigam responsabilizar-se pela garantia de atenção à complexidade de ações de saúde mental que englobam tratamento, prevenção, reabilitação psicossocial, buscando resolutividade e produção de autonomia para as pessoas assistidas.

A fim de garantir a efetivação das diretrizes do SUS universal, integral e equânime ou igualitário, cabe aos governos a implantação de ações articuladas que deem conta de atender às necessidades de saúde da população no momento em que necessitem de cuidado, seja este continuado, temporário, prolongado ou permanente<sup>10</sup>.

As redes hierarquizadas e regionalizadas foram propostas no SUS desde sua lei orgânica na década de 90, regulamentada no ano de 2011, através de Decreto Presidencial nº 7508, que definiu o conceito de Regiões de Saúde e a composição das Redes de Atenção à Saúde prioritárias, a saber: Atenção Básica, Atenção a

---

<sup>10</sup> Os conceitos apresentados por Emerson Luís Canonicci durante reunião do colegiado de gestão da SMS/Aracaju em 2004 (SANTOS, 2006). Estes conceitos balizaram a implantação das redes e o tipo de vinculação de usuários aos serviços. No caso da saúde mental, os CAPS e suas equipes propunham-se a ofertar toda gama de cuidados necessários. Para maiores informações consultar a obra citada.

Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção às Doenças Crônicas e Atenção à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011; ZAMBENETI; SILVA, 2008).

Obviamente, este decreto consolida uma construção histórica anterior em cada área de atenção das redes prioritárias, inclusive contemplando o conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS) proposto pela Portaria GM/MS nº 4279 no final de 2010, a saber:

[...] são 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, e de acordo com o Decreto nº 7508/11 estão compreendidas no âmbito das Regiões de Saúde. (BRASIL, 2013. p. 43).

As Redes foram propostas com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia dos sistemas de saúde (MENDES, 2010). São elementos constitutivos da RAS: população sob sua responsabilidade; as regiões de saúde; a estrutura operacional de cada rede que são os Pontos de Atenção, isto é, os locais onde se ofertam os serviços; o modelo de atenção à saúde, que é aquilo que organiza cada rede.

Na atenção psicossocial, este modelo de atenção preconiza a inclusão social e resgate de cidadania através de ações de desinstitucionalização, seja na retirada de pessoas há longo tempo internadas e sua reinserção na comunidade, seja na proposta de ações emancipadoras, tais como a reinserção no trabalho, estímulo ao autocuidado, resgate de relações familiares, oferta de cuidados às doenças do corpo, entre outros (BRASIL, 2013).

A rede de atenção psicossocial do município de Aracaju foi concebida utilizando-se o conceito de rede como “conjuntos de serviços assistenciais e/ou serviços articulados, inseridos num determinado território, com uma finalidade inscrita” (SANTOS, 2006. p. 128).

As redes, ao invés de serem “hierarquizadas”, deveriam ser horizontalizadas, onde os seus usuários pudessem ter acesso, em qualquer porta que entrassem, a toda uma gama de cuidados integrais com vínculo e responsabilização dos trabalhadores.

Com a portaria que instituiu a RAPS (Portaria GM/MS nº 3088/2011), a rede passa a ter vários componentes e muitos deles sob gestão de outras Redes de Saúde, conforme o quadro presente na Figura 1.

Outro ponto a se destacar na Portaria 3088/2011, que foi revogada em 2017, após o lançamento da Portaria de Consolidação nº 03/2017, é que ela colocou como ponto de atenção as CTs. Essas foram definidas como:

[...] 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. (BRASIL, 2011, p. 4).

**Figura 1 - Desenho da Raps proposto do MS até o ano 2016**



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS

A inserção destas instituições é, até hoje, um ponto nevrálgico da RPB e da militância antimanicomial. Mesmo com várias moções de repúdio e várias recomendações alternativas ao financiamento destas instituições, o movimento social não conseguiu impedir que fosse lançado, em 2010, o Plano Crack – é Possível Vencer, com financiamento de quase 2.500 vagas em CTs com recursos do Ministério da Justiça (BRASIL, 2013).

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa teve como objetivos principais, analisar a distância entre a política federal de saúde mental prescrita e a RAPS implantada em Aracaju. Os objetivos específicos foram descrever as características de funcionamento, gestão de pessoas, ambiência, gestão do cuidado<sup>11</sup>, bem como das ações intersetoriais a partir de um olhar sobre as diretrizes políticas da RAPS e sua efetivação na vivência de serviços de saúde mental e em ações organizadas com os diversos setores e políticas públicas.

### 6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo onde foram utilizados como instrumentos de pesquisa a observação direta (abordagem autoetnográfica) e questionários de observação de CAPS (Anexo A) e demais pontos de atenção da RAPS (Anexo B).

Os roteiros utilizados foram os do projeto AVALIAR – CAPS Nordeste II<sup>12</sup>, subsidiado por AVALIAR CAPS-MS e o roteiro QUALITY RIGHTS – OMS, modificado por NESC/CNPq<sup>13</sup>.

### 6.2. LOCAL DA PESQUISA E POPULAÇÃO

O estudo foi realizado através da observação dos pontos de atenção da RAPS do município de Aracaju/SE. A amostra foi composta por 14 serviços implantados na RAPS municipal:

- componente atenção básica: 01 equipe consultório na rua (eCR);
- componente atenção psicossocial especializada: 06 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- componente atenção de urgência e emergência: 01 serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral;

---

<sup>11</sup> Utilizamos a construção teórica apresentada por Cecílio (2012) que divide a gestão do cuidado em dimensões.

<sup>12</sup>PITA, AMF et al. UFBA, 2012.

<sup>13</sup> PITA, AMF et al. Avaliar RAPS. NESC-UCSAL/CNPq. Salvador, 2014.

- componente residencial de caráter transitório: 01 Unidade de Acolhimento Adulto (UAA);
- componente atenção hospitalar: 01 enfermaria especializada, em hospital geral;
- componente estratégia de desinstitucionalização: 04 unidades de Serviço Residencial Terapêutico (SRT)

Num universo de 14 serviços, todos participaram da pesquisa e os gestores dos serviços preencheram questionários, além de profissionais e alguns usuários. Somente participaram da pesquisa depois da aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 6.3. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Dividimos a metodologia em fases, que aconteceram simultaneamente ao longo da coleta e análise dos dados.

**FASE I:** etapa quantitativa, onde se pretende caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, utilizando dados coletados através de questionários de entrevista semiestruturada (Anexos A e B)

A aplicação do roteiro I (Anexo A), com gestores e trabalhadores, foi realizada em local tranquilo, após aceite de convite para a pesquisa, leitura e assinatura de TCLE. Em geral, no próprio local de trabalho (sala de reunião, sala da gerência, sala dos técnicos, sala de atendimento individual), durante o expediente normal.

Haguette (2013, p.84) destaca alguns aspectos que podem interferir na qualidade dos dados por parte dos informantes: 1) quando ele pensa que suas respostas influenciarão positivamente em sua posição/situação futura; 2) quebra de espontaneidade pela presença de terceiros durante a coleta de dados; 3) “desejo de agradar”; 4) fatores ocorridos no intervalo entre um encontro e outro que podem modificar a atitude do informante em relação ao contexto estudado; 5) o conhecimento sobre o assunto e a habilidade em relatar um fenômeno ou fato ocorrido, capacidade de usar a memória e a fluência da expressão ao relatar os fatos.

Na **FASE II** ou etapa qualitativa (etnográfica) utilizaram-se como técnicas de investigação: a observação participante em diferentes pontos da rede, utilização de

diário de campo e acesso a documentos de prescrição da política nacional de saúde mental nas três esferas de governo.

Quanto à observação direta como técnica de investigação, Jacoud e Mayer (2014, p. 255) afirmam que

Trata-se de uma técnica direta, já que há um contato com informantes. Trata-se, também, de uma observação não dirigida, na medida em que a observação da realidade continua sendo o objetivo final e, habitualmente, o pesquisador não intervém na situação observada.

Outros autores falam ainda em compartilhamento de sentimentos e afetos do grupo estudado, significando que a observação não se concretiza apenas na participação do pesquisador, mas sobretudo no seu maior envolvimento, tanto nas atividades externas ao grupo, quanto nos seus aspectos mais subjetivos. Sendo este último um “requisito fundamental na compressão da ação humana” (HAGUETTE, 2013, p. 68)

Segundo Haguette (2013), a definição mais completa de Schwartz e Schwartz formula, como pré-requisitos da observação participante, a interação face a face e a presença constante do observador, no contexto estudado. Estes autores afirmam, ainda, que a observação pode acontecer num espaço de tempo longo ou curto, e ressaltam o papel ativo do observador num interacionismo construtivista, modificando o contexto estudado (observador ativo).

Entendemos que não há neutralidade nem ato social desinteressado (BOURDIEU, 1996). Deste modo, a implicação e seus atravessamentos fizeram parte da caminhada. Sabe-se que a trajetória pessoal como trabalhadora da RAPS estudada, bem como a implicação na implantação desta, dificulta mas não impede aproximação com o real. Foi importante a garantia de isenção necessária, a fim de que fosse criado um clima de confiança e verdade para que os sujeitos da observação pudessem veicular suas análises e opiniões durante a realização do estudo.

Recebemos carta de anuência da Coordenação de Saúde Mental de Aracaju e a carta de anuência do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do hospital filantrópico conveniado com a prefeitura de Aracaju. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, através da Resolução nº 1.978.220, em 22 de março de 2017.

Os dados quantitativos foram organizados de acordo com os itens do questionário, conforme Quadro 7.

Quadro 7- Itens avaliados e analisados Fase I (2018).

Roteiro 1 - fase I (ANEXO A)	Roteiro 2 - fase I (ANEXO B)
I. Estrutura; II. Processos de organização e funcionamento do CAPS; II.1. Humanização do Cuidado; II.2. Gestão participativa e garantia de direitos; II.3. Rede de Atenção Psicossocial III. Resultados do funcionamento dos CAPS/Característica da população assistida.	I. Identificação; II. Processo de organização do serviço III. Frequências IV. Natureza do atendimento ao usuário; V. Medicamentos VI. Matriciamento em saúde mental VII. Capacitação em saúde mental VIII. Articulação em rede IX. Inclusão da família X. Satisfação do cuidado

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em PITTA et al., (2012), 2018

Durante a FASE II, foi preenchido um diário de campo com itens observados nos pontos de atenção e na interseção com os usuários e trabalhadores durante o trabalho de campo, bem como impressões da pesquisadora. A observação direta durou cerca de 4 horas em cada local estudado, em alguns deles ocorreram dois ou mais momentos de observação, inclusive com participação em oficinas, reuniões de equipe e assembleias de CAPS.

Os dados da FASE I foram digitados, tabulados e categorizados. A análise qualitativa separou as diferentes modalidades de instrumentos - diário de campo, documentos institucionais e históricos – para realizar a base compreensiva da reflexão proposta inicialmente pelos objetivos do estudo (MINAYO, 2007).

Os procedimentos se deram conforme o seguinte protocolo:

a) Após aprovação e concordância com os Setores administrativos da Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental, foi realizado agendamento prévio para realização da coleta de dados em cada um dos pontos de atenção da RAPS;

b) A abordagem dos serviços foi comunicada na véspera da visita, na maioria das vezes. Fomos recebidos pelos profissionais dos serviços ou pelos gestores, para apresentação dos objetivos da pesquisa, garantias de confidencialidade, seguido de assinatura do TCLE. Foram 30 termos assinados;

c) Em alguns momentos, primeiro observamos o local, acompanhadas de algum profissional ou pelo coordenador do serviço; noutras vezes, iniciamos com o

preenchimento do roteiro de observação. Foram em média 3 horas de observação direta em cada local visitado;

d) Anotações detalhadas nos diários de campo do pesquisador a fim de auxiliar na análise;

e) Realização de encontros com os trabalhadores e gestores, a partir do Roteiro de Observação de CAPS, tendo como foco central a estrutura do serviço, processo de organização e funcionamento do CAPS, resultados do funcionamento do CAPS/característica da população assistida, considerações finais;

f) Realização de encontros com os trabalhadores e gestores, a partir do Roteiro de Observação de pontos de atenção (exceto CAPS), tendo como foco central identificação, processo de organização do serviço, frequências, natureza do atendimento aos usuários, medicamentos e psicofármacos, ações de matriciamento, educação permanente, articulação de rede, articulação com famílias e satisfação geral do cuidado prestado por parte dos entrevistados.

#### 6.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados do Roteiro de Observação (Anexos A e B) foram tabulados inicialmente em planilha no software Excel 360®. O tratamento estatístico dos dados foi realizado por meio do programa SPSS.

Para auxiliar na análise das informações levantadas, realizamos a leitura de documentos oficiais de prescrição federal, estadual e municipal para identificar compromissos, diretrizes, objetivos, metas e atividades descritas pelos gestores no que se refere à política de saúde pretendida.

Os documentos do governo federal, levantados e acessados foram: informativos, portarias, resoluções, relatório anual de gestão (RAG) dos anos 2003-2006, 2007-2010, 2011-2015, além da publicação *Saúde Mental em Dados* (primeira publicação em 2006) da Coordenação Nacional de Saúde Mental, através de sites oficiais e não oficiais.

Da esfera municipal, foram acessados os RAG dos anos 2011 a 2017, bem como as programações anuais de saúde e planos municipais de saúde 2010-2013, 2014-2017, 2018-2021. Foram acessados, também, RAG da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, bem como relatórios anuais de gestão.

Até 2010 não era obrigatória a inserção destas informações no Sistema de Apoio Ao Relatório de Gestão (SARGSUS). Em 15 de dezembro de 2011, foi pactuada na CIT a regulamentação do uso do sistema e sua obrigatoriedade para elaboração do RAG, no âmbito do SUS.

O tratamento qualitativo dos dados das anotações de campo e da abordagem etnográfica foi realizado por meio da análise hermenêutica dialética. Esta técnica situa-se, como afirma Minayo (2007, p. 301), como uma terceira via “que superaria o formalismo das análises de conteúdo e de discurso” incluindo uma reflexão do pesquisador operacionalizando a triangulação de métodos.

A hermenêutica tem a ver com compreensão, com colocar-se no lugar do outro, com alteridade. Minayo (2007) citando Gadamer (1999) refere que a hermenêutica surge do processo de intersubjetividade. Compreender contém a gênese da consciência histórica, reconhecendo justamente a alteridade dos iguais.

Exercitar a compreensão significa ir além do que o autor/pesquisador quis dizer, analisar criticamente (dialeticamente) os relatos, entendendo que o ator é ele mesmo e ao mesmo tempo um todo, resultante de um contexto.

A fim de fomentar as análises e discussões, entendendo que assim se pode compreender o campo estudado como resultado de realizações produzidas historicamente, que são ao mesmo tempo presente, passado e futuro na medida em que todos os sujeitos envolvidos podem modificar a realidade, inclusive a pesquisadora (MINAYO, 2007).

Esta técnica permite a coexistência entre retórica e práxis social, visto que as informações qualitativas estão relacionadas também à produção histórica desta pesquisadora enquanto ser social e político do campo estudado. Há a certeza que não se pode escapar desta implicação.

Segundo a Resolução 466 (2012), “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los.” Não nos fora relatado nenhum desconforto por parte dos observados e com quem conversamos. Oferecemos suporte com esclarecimentos acerca das perguntas e da confidencialidade destas, bem como garantimos salvaguardar a identidade de todos os voluntários.

## 7 RESULTADOS

Para melhor organização dos resultados encontrados, optou-se por apresentá-los de acordo com os objetivos específicos delimitados para o estudo, que são: Caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Aracaju – Sergipe; descrever as ações de gestão do cuidado nos pontos de atenção à Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial do Município de Aracaju – Sergipe; descrever as ações intersetoriais.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE ARACAJU – SE

De acordo com os dados do último censo realizado pelo IBGE, o município de Aracaju – SE possui 571.149 habitantes e uma estimativa populacional para o ano de 2017 de 650.109 pessoas. No que se refere aos serviços de saúde, no ano de 2009 o município apresentava 232 estabelecimentos, dos quais 165 pertencem a esfera administrativa privada e apenas 67 são públicas.

A RAPS do município é constituída dos seguintes pontos de atenção à saúde mental:

- (1) Componente de Atenção Psicossocial Especializada - 06 CAPS;
- (2) Componente da Atenção Básica – 01 eRC;
- (3) Componente de Atenção de Urgência e Emergência – 01 serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral;
- (4) Componente Residencial de Caráter Transitório – 01 UAA;
- (5) Componente de Atenção Hospitalar – 01 enfermaria especializada em hospital geral;
- (6) Componente Estratégia de Desinstitucionalização – 04 SRT.

Por uma questão didática, os resultados foram agrupados em dois subitens: componente da Rede de Atenção Psicossocial Especializada e, componentes da Rede de Atenção Psicossocial Não Especializada.

## 7.2 COMPONENTE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

Este componente é composto de 03 CAPS III, 01 CAPS infanto-juvenil e 02 CAPS Álcool e outras drogas, sendo um voltado ao atendimento de adultos e idosos e o outro ao atendimento de crianças e adolescentes. Todas as seis unidades possuem número no CNES.

### 7.2.1 Caracterização dos CAPS

O tempo médio de funcionamento dos CAPS é de 12,7 anos, sendo que 67% são de natureza jurídica pública municipal. Nas Tabelas 1 e 2 são mostradas as características referentes à estrutura dos CAPS.

Tabela 1- Caracterização dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis tipo de unidade, tipo de usuário atendido, serviços oferecidos, natureza jurídica, tempo e horário de funcionamento e política de acessibilidade (n=6). Salvador, 2018

Variáveis	N	%
<b>Tipo de Unidade</b>		
CAPS III	3	50
CAPS i	1	17
CAPS ad III	2	33
<b>Tipo de Usuário Atendido*</b>		
Crianças/Adolescentes	2	33
Adultos	4	67
Idosos	3	50
<b>Serviços Oferecidos*</b>		
Transtornos do uso de álcool e outras drogas	2	33
		(Continua)
		(Conclusão)
Transtornos mentais	4	67
Distúrbios neurológicos	1	17

Deficiência intelectual	4	67
Usuário em situação de rua	4	67
Outros	1	17
<b>Natureza Jurídica</b>		
Pública Municipal	4	67
ONG	2	33
<b>Tempo de Funcionamento (anos)</b>		
6 -11	2	33
12 -16	4	67
<b>Horário Funcionamento</b>		
Das 8 às 18 horas	1	17
24 horas	5	83
<b>Política de Acessibilidade</b>		
Não	2	33
Sim, completamente	1	17
Sim, parcialmente	3	50

\* Nestes itens, contemplava mais de uma alternativa assinalada em cada unidade de saúde.

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

A maioria dos CAPS da cidade é CAPS tipo III, sendo 50% para atender a transtornos mentais e 33% para usuários de álcool e outras drogas, sejam adultos ou adolescentes e crianças (Tabela 1).

Nem todos os serviços tem acessibilidade para deficientes físicos, sendo que apenas metade dos CAPS atendem parcialmente à política de acessibilidade, e 33% não atendem (Tabela 2).

Todos os CAPS (100%) atendem parcialmente à Portaria GM/MS 615/2013 que regulamenta a estrutura física dos serviços de saúde mental a ser implantados. Todos os serviços (100%) utilizam espaços externos ao CAPS, e metade utiliza parques e quadras como espaços externos a fim de oferecer atividades, tais como jogos, gincanas, natação, futebol, entre outros (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos CAPS de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis de infraestrutura (n=6). Salvador, 2018

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Instalações Físicas (segue Portaria GM/MS nº 615/13)</b>		
Não	0	0
Sim, completamente	0	0
Sim, parcialmente	6	100
<b>Leitos de Observação com Privacidade</b>		
Não	2	33
Sim	3	50
Não se aplica	1	17
<b>Local de Guarda de Pertences</b>		
Não	3	50
Sim	3	50
<b>Espaços Externos</b>		
Pátio	6	100
Horta	2	33
Jardim	6	100
De outras Unidades	3	50
Outros espaços externos*	6	100
Quadras	3	50
Piscina	1	17
Parques	3	50
Escolas	1	17
Orlas/praias	2	33
Outros CAPS	1	17
Academia de ginástica	1	17
Universidade	1	17
Praças	2	33
<b>Transporte para uso do CAPS</b>		

Atende usuários da zona urbana	6	100
Utiliza vale-transporte parcial	2	33
Utiliza exclusivamente vale-transporte	1	17
Passe livre	2	33
<b>Dispensa Medicamentos Farmácia Básica</b>		
Não	2	33
Sim	3	50
Em parte	1	17
<b>Manutenção da Estrutura Física</b>		
Equipamentos		
Boa	3	50
Regular	0	0
Ruim	3	50
Paredes		
Boa	3	50
Regular	0	0
Ruim	3	50
Pisos		
Boa	3	30
Regular	1	17
Ruim	2	33
Mobiliário		
Boa	3	30
Regular	1	17
Ruim	2	33
Vestuário e Rouparia		

---

\* Neste item foi possível a descrição de vários espaços utilizados/cada unidade de saúde.  
 Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Nem todos dispensam medicamentos da farmácia básica, os usuários não têm onde guardar seus pertences, em metade dos serviços, e o acolhimento noturno propicia privacidade em 50% dos CAPS analisados (Tabela 2).

Com relação à estrutura física, ela foi considerada ruim na maioria dos serviços (mobiliário, pisos, paredes e equipamentos), como demonstra a Tabela 2. A Tabela 3 apresenta o quantitativo de profissionais, por categoria.

Tabela 3 - Quantitativo de profissionais que atuavam nos componentes de atenção psicossocial especializada do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as categorias profissionais (n=286). Salvador, 2018

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoria Profissional</b>		
Médico Generalista	3	1,0
Psiquiatra	10	3,5
Enfermeiro	28	9,8
Psicólogo	14	4,9
Assistente Social	13	4,5
Pedagogo	2	0,7
Terapeuta Ocupacional	4	1,4
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	74	25,9
Técnico Administrativo	18	6,3
Educador Físico	7	2,4
Artesão	1	0,3
Artista Plástico/Educador	1	0,3
Redutor de Danos	1	0,3
Auxiliar de Cozinha	3	1,0
Auxiliar de Limpeza	30	10,5
Segurança/Guarda/Vigilante	21	7,3
Aluno Estagiário	29	10,1
Residente	16	5,6
Oficineiro	6	2,1
Farmacêutico	5	1,7
<b>Total</b>	<b>286</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Com relação ao capital humano, evidenciou-se que os seis CAPS apresentam um total de 286 profissionais de diferentes categorias (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição da carga horária semanal nos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as categorias profissionais (n=286). Salvador, 2018

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal									
	4	8	12	16	20	24	30	36	40	44
Médico Generalista	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Psiquiatra	0	1	3	0	3	1	0	0	1	0
Enfermeiro	0	0	0	0	0	0	6	17	1	4
Psicólogo	0	0	0	0	2	0	12	0	0	0
Assistente Social	0	0	0	0	2	0	11	0	0	0
Pedagogo	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	0	0	0	0	2	0	8	56	0	8
Técnico Administrativo	0	0	0	0	0	0	2	0	13	3
Educador Físico	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0
Artesão	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Artista Plástico/Educador	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Redutor de Danos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Auxiliar de Cozinha	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Auxiliar de Limpeza	0	0	0	0	0	0	5	0	5	20
Segurança/Guarda/Vigilante	0	0	0	0	0	0	0	0	5	16
Aluno Estagiário	6	20	0	0	3	0	0	0	0	0
Residente	0	0	11	5	0	0	0	0	0	0
Oficineiro	0	0	0	0	1	0	0	0	5	0
Farmacêutico	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Quanto à carga horária semanal verifica-se, na Tabela 4, uma diversidade entre as diferentes categorias profissionais e dentro delas, sejam de nível superior ou de nível médio.

Tabela 5 - Distribuição das categorias profissionais nos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018

Categoria Profissional	Tipo de Unidade (n=6)			
	CAPS III (n=3)	CAPS i (n=1)	CAPS ad III (n=1)	CAPS adi III (n=1)
Médico Generalista	0	0	2	1
Psiquiatra	7	1	1	1
Enfermeiro	16	1	5	6
Psicólogo	7	1	4	2
Assistente Social	8	1	2	2
Pedagogo	0	1	0	1
Terapeuta Ocupacional	1	1	1	1
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	41	2	17	14
Técnico Administrativo	10	1	4	3
Educador Físico	2	1	2	2
Artesão	0	1	0	0
Artista Plástico/Educador	0	1	0	0
Redutor de Danos	0	0	0	1
Auxiliar de Cozinha	2	1	0	0
Auxiliar de Limpeza	20	0	5	5
Segurança/Guarda/Vigilante	11	0	4	6
Aluno Estagiário	20	0	6	3
Residente	2	4	5	5
Oficineiro	4	1	1	0
Farmacêutico	3	1	2	1



<b>Projeto Terapêutico Assistencial (PTA)</b>	2	1	1	0	0	1	0	1
Revisão Periódica	2	1	1	0	0	1	0	1
Frequência Anual	2	1	1	0	0	1	0	1
<b>Projeto Terapêutico Individual/Singular (PTI/PTS)</b>	3	0	1	0	1	0	1	0
Revisão Periódica	3	0	1	0	1	0	1	0
<b>Participação na Definição PTI/PTS</b>								
Equipe	2	1	1	0	0	1	1	0
Médico	2	1	0	1	1	0	1	0
Técnico de Referência	3	0	1	0	1	0	1	0

(Continua)

Metade dos serviços conta com Projeto Terapêutico Assistencial<sup>14</sup> e faz sua revisão periódica, anualmente. Todos os CAPS trabalham com projetos terapêuticos individuais/singulares (PTI/PTS) com revisões periódicas e participação de usuários e equipe, em especial a equipe de técnicos de referência (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das variáveis referentes ao processo de organização dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018.

(Continuação)

Variável - Processo de Organização	Tipo de Unidade (n=6)							
	CAPS III (n=3)		CAPS I (n=1)		CAPS ad III (n=1)		CAPS adi III (n=1)	
	Si	Nã	Si	Nã	Si	Nã	Sim	Não
<b>Organização do Processo de Trabalho</b>								

<sup>14</sup> Projeto Terapêutico Assistencial (PTA) é o plano de trabalho da unidade acordado na equipe para ser desenvolvido cotidianamente no CAPS, com detalhamento clínico e de Reabilitação Psicossocial, a ser pactuado anualmente.

Cuidados intensivos	3	0	1	0	1	0	1	0
Cuidados semi-intensivos	3	0	1	0	1	0	1	0
Cuidado não intensivo	3	0	1	0	1	0	1	0
Atendimento Ambulatorial	3	0	0	1	1	0	1	0
Atendimento de educação física	2	1	1	0	1	0	1	0
Orientação à família	3	0	1	0	0	1	1	0
Cuidado contínuo com Grupos de Familiares	3	0	1	0	0	1	1	0
Acolhimento diurno	3	0	1	0	0	1	1	0
Acolhimento noturno	2	1	0	1	0	1	1	0
Acesso livre do usuário às dependências do CAPS durante o período de funcionamento	3	0	0	1	0	1	1	0
Oferece atendimento integral para todos os dias da semana	2	1	1	0	0	1	1	0
Atende o usuário em situação de crise/APM	3	0	1	0	0	1	1	0
Faz solicitação de exames laboratoriais	3	0	1	0	0	1	1	0
Fornecer Atestados/Laudos/Relatórios sempre que solicitados	3	0	1	0	0	1	1	0
Realiza visitas domiciliares	3	0	1	0	0	1	1	0
Oferecimento de três refeições diárias	3	0	1	0	1	0	1	0
Distribuição de preservativos	2	1	1	0	0	1	1	0
Tem projeto de geração de renda e trabalho	1	2	0	1	0	1	0	1
Vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos	2	1	0	1	0	1	0	1
Tem usuário inscrito no Programa de Volta Para Casa	2	1	0	1	0	1	0	1
<b>O Atendimento em Grupo é Predominante</b>	3	0	1	0	1	0	1	0
<b>Tem Grade Semanal de atendimentos Grupais</b>	3	0	1	0	1	0	1	0

Inclui atendimento em Grupo Operativo	3	0	1	0	1	0	1	0
Inclui atendimento em Oficinas Terapêuticas	3	0	1	0	1	0	1	0
Inclui atendimento em Oficinas Geradoras de Renda	1	2	0	1	0	1	0	1
<b>Todas as categorias profissionais estão envolvidas nas atividades grupais</b>	2	1	1	0	0	1	1	0
Os profissionais de Nível Superior	3	0	1	0	0	1	1	0
Os profissionais de Nível Médio	1	2	1	0	0	1	1	0
<b>A equipe recebe Supervisão clínico – institucional</b>	1	2	0	1	0	1	0	1
A supervisão Institucional do SUS								
Municipal	1	2	0	1	0	1	0	1
Estadual	0	3	0	1	0	1	0	1
Federal	0	3	0	1	0	1	0	1
Autofinanciável	0	3	0	1	0	1	0	1

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Realizam ainda atendimento às famílias, atendimento em situações de agitação psicomotora (APM), acesso dos usuários a qualquer área nas dependências dos CAPS, oferecem três refeições diárias, oferecem cuidados intensivos, semi-intensivos e não intensivos, além de oferta ambulatorial (Tabela 7).

Somente o CAPS ad III adulto não realiza visitas domiciliares (Tabela 7). Foi relatado projeto de geração de renda em um dos CAPS; os atendimentos são prioritariamente em grupos, oficinas e grupos terapêuticos, realizados em sua maioria por profissionais de nível universitário (Tabela 7). A grande maioria dos CAPS não recebem supervisão clínico-institucional (Tabela 7).

Com relação à variável humanização do cuidado, todos os serviços estudados oferecem acolhimento, com escala diária de profissionais. O acolhimento é feito através de escuta qualificada, empática, inclusivo, com a participação de familiares, respeitando e valorizando a dimensão subjetiva destes dois grupos, conforme dados da Tabela 8.

Tabela 8- Distribuição da variável humanização do cuidado referente ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018

Variável - Funcionamento dos CAPS	Tipo de Unidade (n=6)			
	CAPS III (n=3)	CAPS i (n=1)	CAPS ad III (n=1)	CAPS adi III (n=1)
	F	F	F	F
<b>1 - Humanização do Cuidado</b>				
<b>Dispositivos que a equipe dispõe para implementação da política de humanização na relação com o usuário e acompanhantes /familiares</b>				
Acolhimento durante todo o período de atendimento	3	1	1	1
Plantão técnico da Equipe para acolhimento e ambiência	3	1	1	1
Acolhimento empático, inclusivo e personalizado do usuário e familiares	3	1	1	1
Gerenciamento de casos na comunidade	3	1	1	1
Procedimentos de redução de tempo de espera de atendimento	3	1	1	1
Procedimentos para aumentar o tempo de atendimento aos usuários	1	0	1	1
Procedimentos para atender com equidade todos os usuários	3	1	1	1
Existência de um técnico de referência para cada usuário	3	0	1	1
Valorização da dimensão subjetiva dos usuários e familiares	3	1	1	1
<b>Dispositivos que o CAPS dispõe para a implementação da política de humanização entre os seus trabalhadores</b>				
Existência de iniciativas para se ter boas condições de trabalho	1	1	1	1
Procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos	2	1	1	1
Trabalho em rede	3	1	1	1
Reunião semanal de equipe	3	1	1	1
Outro	0	1	1	0
Momento de harmonização antes da reunião	0	0	1	0
Grupo de trabalho para estudo de temas	0	1	0	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Ainda com relação à humanização do cuidado, no que se refere a dispositivos junto aos trabalhadores, a maioria dos informantes afirmou que existem iniciativas para garantir boas condições de trabalho (Tabela 8).

Tabela 9-Distribuição da variável gestão participativa e garantia de direitos humanos referentes ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018

Variável - Funcionamento dos CAPS	Tipo de Unidade (n=6)			
	CAPS III (n=3)	CAPS i (n=1)	CAPS ad III (n=1)	CAPS adi III (n=1)
	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
<b>2 - Gestão Participativa e Garantia de Direitos Humanos</b>				
<b>Dispositivos utilizados no CAPS para garantia dos direitos de cidadania do usuário</b>				
Orientação e encaminhamento de benefícios	3	1	1	1
Suporte jurídico	0	0	0	1
Ouvidoria	3	0	1	1
Defensoria Pública	3	1	1	1
Ministério Público	3	1	1	1
Cartão de Livre acesso para transporte público	3	1	1	1
Conselho Municipal de Saúde	3	0	1	1
Conselho Gestor	1	0	0	0
Conferências de Saúde	3	1	1	1
Outros	2	0	1	0
Associação dos Usuários dos CAPS	2	0	1	0
Assembleia	0	0	1	0
Grupo mensal com a família	0	0	1	0
<b>Formas de Participação do CAPS com Usuários e Comunidade</b>				
Desenvolve eventos coletivos com os usuários	3	1	1	1
Realiza assembleias com os usuários	2	1	1	1

Realiza assembleias e/ou reuniões com familiares	2	1	1	1
Há atividades intra CAPS com participação da comunidade	1	0	1	1
Há procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos com usuários/ familiares	2	1	1	1
Há corresponsabilidade da gestão do cuidado com usuários e familiares	2	1	1	1

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Referente à variável gestão participativa e garantia de direitos humanos, os dispositivos mais utilizados foram: orientações para concessão de benefícios assistenciais, orientação para utilização de Ouvidorias, encaminhamento à Defensoria Pública e Ministério Público (Tabela 9).

Todos os CAPS têm acesso ao cartão/passe para transporte público, participam do Conselho Municipal de Saúde e de Associação de Usuários de Saúde Mental de Sergipe (AUSMES), que teve eleição da diretoria nos dias das visitas realizadas com representantes de todos os serviços (Tabela 9).

Tabela 10 - Distribuição da variável Rede de Atenção Psicossocial referente ao processo de funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018

Variável - Funcionamento dos CAPS	Tipo de Unidade (n=6)			
	CAPS III (n=3) <i>f</i>	CAP S i (n=1) <i>F</i>	CAP S ad III (n=1) <i>F</i>	CAP S adi III (n=1) <i>F</i>
<b>3 - Rede de Atenção Psicossocial</b>				
<b>Parcerias Rotineiras/Programáticas</b>				
ESF/PACS - Atenção Básica	3	1	1	1
NASF	3	0	1	1
Consultório de Rua	3	0	1	0
Ambulatório de Especialidades	2	1	0	1
Hospital Geral	3	1	1	1

SAMU/PA	3	0	1	1
CRAS/ CREAS	3	1	0	1
Polícia	2	0	0	0
Escolas	1	1	0	1
Creches	0	1	0	0
Clubes	0	0	0	1
Ginásio/Quadra poliesportiva	3	1	1	1
Academias de Ginástica	0	0	0	1
Atelier de Arte	1	0	0	1
Praças e Parques	1	1	1	1
Centro de Internamento do Menor	0	0	0	1
<b>Mecanismos que o CAPS utiliza na avaliação sistemática</b>				
Reuniões semanais da equipe de trabalho	3	1	1	1
Relatórios mensais feitos pelos técnicos	1	1	0	0
Relatórios trimestrais/quadrimestrais/semestrais/anuais feitos pela Coordenação e/ou Gerência	3	1	1	1
Caixa de sugestões	2	0	0	0
avaliação de desempenho do trabalhador	2	0	1	1
<b>Como a Equipe de Trabalhadores do CAPS considera os Mecanismos de Avaliação Efetuados</b>				
Ótimo	0	1	0	0
Bom	1	0	0	1
Regular	1	0	1	0
Ruim	0	0	0	0
Não Informado	1	0	0	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Na variável articulação dentro da RAPS, os CAPS têm ações rotineiras ou programáticas com Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a eCR, com Ambulatórios de Saúde Mental, com o Hospital

Geral (urgência mental), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Centros de Assistência Social. A maioria dos serviços realizam oficinas extramuros em quadras, ginásios, parques; outros articulam-se com escolas, clubes e academias de ginástica (Tabela 10).

Para avaliação sistemática das ações ofertadas, os dispositivos mais utilizados são as reuniões semanais de equipe. Todos os CAPS realizam relatórios quadrimestrais de avaliação, feitos pela coordenação do serviço, porém apenas dois serviços confeccionam relatórios mensais dos técnicos; estes relatórios informam as atividades realizadas, objetivos e abrangência (Tabela 10).

No entanto, não foram citados outros mecanismos de avaliação sistemática, tais como: questionários de ausculta dos trabalhadores e questionários de ausculta de usuários e familiares. Foi referida a utilização de caixas de sugestões em dois dos CAPS, no entanto, não foram visualizadas durante a observação direta. Os trabalhadores consideram os mecanismos de avaliação existentes, bons ou regulares. (Tabela 10)

### **7.2.3 Funcionamento do CAPS e característica da população assistida**

A seguir, são apresentadas as Tabelas 11 e 12 com dados referentes às características da população assistida e a avaliação dos serviços.

De acordo com as informações oferecidas, a RAPS de Aracaju atendeu a quase 1.800 pessoas nos CAPS, nos meses pesquisados. Ao longo dos 15 anos de existência, já cadastrou/matriculou cerca de 10.000 pessoas (Tabela 11).

Cabe ressaltar que um dos CAPS III teve o livro de registro de matriculados extraviado, após mudança de sede no período da sua terceirização, em 2016, e esta informação não pôde ser contabilizada (Tabela 11)

Geralmente os CAPS recebem usuários por demanda espontânea ou por encaminhamento de CRAS/CREAS e atenção básica. Não há lista de espera para atendimento em nenhum serviço (Tabela 11)

A média de permanência no serviço é de até 3 anos, em sua maioria. Porém, há uma parcela de pacientes que estão vinculados desde sua inauguração (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição da variável característica da população assistida, referente ao resultado do funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=6). Salvador, 2018

Variável - Característica da População Assistida	Tipo de Unidade					
	CAPS III David	CAPS III Liberdade	CAPS III Jael	CAPS ad III Primavera	CAPS i Dona Ivone Lara	CAPS adi III Vida
	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>
<b>Total de Inscritos/Matriculados desde a Inauguração</b>	0*	2.000	2.981	4.818	1.015	320
<b>Total de usuários ativos Inscritos no mês da coleta de dados</b>	15	499	739	230	260	49
<b>Diagnósticos mais frequentemente na unidade</b>						
Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Drogas	-	-	-	1	-	1
Esquizofrenia e Transtornos afins	1	1	1	-	1	-
Transtornos do Humor	1	1	1	1	-	-
Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)	1	1	-	-	-	-
Transtornos de Personalidade e outros hábitos	1	-	-	1	-	1
Retardo Mental	1	1	-	-	1	1
Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global					1	

Transtornos Hiperclínicos e de Conduta	-	-	-	-	1	-
Tiques					1	
<b>Faixa etária predominante dos usuários do CAPS no mês de coleta dos dados</b>						
13 a 18 anos	-	-	-	-	1	1
19 a 30 anos	1					
31 a 60 anos	-	1	1	1	-	-
<b>Origem dos usuários que chegam para acolhimento no CAPS</b>						
ESF/PACS - Atenção Básica	1	1	1	1	1	0
Ambulatório de Especialidades	1	1	0	0	0	0
Hospital Geral	1	1	1	0	0	0
SAMU/PA	0	1	0	1	0	0
Hospital Psiquiátrico	0	1	0	0	0	0
CRAS	1	0	0	0	0	1
CREAS	0	0	1	1	0	0
Polícia	0	0	0	0	0	0
Escolas	0	0	0	0	1	1
Outros	1	1	1	1	1	1
Demanda Espontânea	1	1	1	1	1	1
Justiça	0	0	0	1	0	1
Mães	0	0	0	0	1	1
Abrigos	0	0	0	0	1	0
Conselho Tutelar	0	0	0	0	0	1

**Média de permanência do usuário em tratamento no CAPS**

2 a 3 anos	0	0	1	1	1	1
5 ou + anos	1	1	0	0	0	0

**Encaminhamentos mais utilizados após a alta do CAPS**

ESF/PACS - Atenção Básica	1	1	1	1	0	0
Ambulatório de Especialidades	0	1	1	1	0	1
Outros	0	0	0	0	1	1
Outro CAPS	0	0	0	0	1	0
CAPS ad adulto	0	0	0	0	0	1
Encarceramento	0	0	0	0	0	1

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

As principais reivindicações de usuários e familiares, declaradas pelos informantes, foram: disponibilização de medicamentos, disponibilização de mais profissionais, melhoria na estrutura física, maior oferta de cursos e oficinas e internação (Tabela 12).

As principais reivindicações de trabalhadores, declaradas pelos informantes, foram: maior número de profissionais, melhoria da estrutura física dos serviços, melhoria dos vínculos de trabalho, disponibilização de mais material para oficinas. Reivindicaram ainda melhores salários, queixaram-se da carência de educação permanente e da rigidez e do limite de utilização dos veículos lotados nos serviços. São carros ou vans de empresas terceirizadas, que os recolhem até as 17h (Tabela 12).

As principais reivindicações de coordenadores de CAPS, declaradas pelos informantes, foram: maior número de profissionais, melhoria da estrutura física, melhoria dos vínculos de trabalho, material para oficina e financiamentos para geração de renda. Um dos coordenadores destacou a necessidade da aproximação entre os profissionais e os usuários e da valorização destes trabalhadores pela gestão (Tabela 12).

Tabela 12 - Frequência da variável avaliação do funcionamento dos CAPS do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018 (n=6). Salvador, 2018

<b>Reivindicações/solicitações mais frequentes</b>	
<b>Variável - Avaliação do Funcionamento dos CAPS</b>	<b>F</b>
<b>Usuários</b>	
Disponibilização de medicamento	3
Maior número de profissionais	3
Melhoria da estrutura física	3
Melhoria do acolhimento	1
Outros	5
Melhor comida e mais lanche	3
Ventiladores, Bebedouro	1
Televisão e internet	1
Cursos e mais oficinas	2
<b>Familiares</b>	
Disponibilização de medicamento	5
Maior número de profissionais	2
Melhoria da estrutura física	2
Melhoria do acolhimento	1
Outros	4
Melhor comida e mais lanche	2
Internação	2
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	1
Espaços de trocas com a família	1
<b>Profissionais</b>	
Maior número de profissionais	6
Melhoria da estrutura física	4
Melhoria do vínculo de trabalho	3
Materiais para as oficinas	3
Outros	3
Rigidez e limite uso de carro	1

Maiores salários	1
Lanche	1
Educação Permanente	1
<b>Coordenadores dos CAPS</b>	
Maior número de profissionais	4
Melhoria da estrutura física	3
Melhoria do vínculo de trabalho	1
Materiais para as oficinas	2
Financiamentos para geração de renda	1
Outras	2
Maior envolvimento dos profissionais com os pacientes	1
Melhoria na valorização dos profissionais	1
<b>Rede Socioassistencial</b>	
Disponibilização de medicamento	1
Maior número de profissionais	2
Prontidão do atendimento	4
Disponibilização do telefone	1
Reuniões periódicas	4
Transporte dos usuários	1
Outros	1
Discussão de caso/matriciamento	1

---

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

Por fim, as principais reivindicações da rede socioassistencial, relatadas pelos informantes, foram: maior prontidão no atendimento de demandas, mais reuniões periódicas e mais profissionais, discussão de casos e matriciamento (Tabela 12).

### 7.3. COMPONENTES ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NÃO ESPECIALIZADA

A seguir, serão apresentadas Tabelas com os dados quantitativos, a partir dos questionários preenchidos pelos serviços referentes a: Consultório na Rua (CR), Urgência Mental em Hospital Geral (HG), Serviço Hospitalar de Referência (SHR), UAA e SRT.

### 7.3.1 Caracterização dos componentes/serviços RAPS

A maioria dos serviços tem 12 anos ou mais de implantação, com exceção da UAA e CR. O Hospital Geral, Urgência Psiquiátrica e SHR são administrados por entidade filantrópica conveniada com a Prefeitura de Aracaju; a UAA e os 04 módulos de SRT são administradas por ONG; a eCR é da administração direta (Tabela 13)

Tabela 13 - Caracterização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo as variáveis tipo de unidade, natureza jurídica, tempo de funcionamento (n=8). Salvador, 2018

Variável	N	%	μ
<b>Tipo de Serviço</b>			
Urgência Mental	1	12,5	
Serviço Residencial Terapêutico	4	50,0	
Serviço de Referência Hospitalar ad Feminino	1	12,5	
			(Continua)
			(Conclusão)
Unidade de Acolhimento Adulto	1	12,5	
Consultório de Rua	1	12,5	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	
<b>Natureza Jurídica do Serviço</b>			
Pública Municipal	1	12,5	
Filantrópica	1	12,5	
Organização Não Governamental (ONG)	6	75	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	
<b>Tempo de Funcionamento</b>			
2 a 4 anos	2	25	10
12 a 15 anos	6	75	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

### 7.3.2 Processo de organização dos serviços

Em todos os componentes da RAPS, a articulação de parcerias com outros serviços de saúde e com a rede intersetorial, de modo geral, se dá de maneira informal, através de telefonemas e encaminhamentos por escrito. Poucas unidades conseguem se reunir para pactuarem parcerias ou discussão de casos (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das variáveis referentes ao processo de organização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variável - Processo de Organização	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>f</i>
<b>Equipe observa problemas de transtornos mentais na população assistida</b>					
Sim	1	1	4	1	1
Não	-	-	-	-	-
<b>Equipe observa problemas de álcool e drogas na população assistida</b>					
Sim	1	1	-	1	1
Não	-	-	4	-	-
<b>Frequência das Substâncias</b>					
Cocaína	1	1	-	1	1
Maconha	1	1	-	1	1
Crack	1	1	1	1	1
Álcool	1	1	1	1	1
Tabaco	-	-	4	-	-
<b>Diagnósticos mais frequentes na unidade</b>					
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas	1	1	-	1	1
Esquizofrenia e Transtornos afins	1	-	4	1	1

Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)	1	-	-	1	1
Transtornos do Humor	1	-	-	-	-
Transtornos de Personalidade e outros hábitos	1	-	-	1	-
Retardo Mental	1	-	4	-	-
Transtornos mentais não especificados	-	-	-	-	1
<b>A equipe observa problemas mentais na população assistida</b>					
Sim	1	1	4	1	-
Não	-	-	-	-	1
<b>A equipe observa problemas de álcool e drogas na população assistida</b>					
Sim	1	1	-	1	-
Não	-	-	4	-	1

(Continua)

Tabela 14 - Distribuição das variáveis referentes ao processo de organização dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

(Continuação)

Variável - Processo de Organização	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
<b>Existe algum procedimento previsto para usuários com transtornos mentais e álcool e outras drogas</b>					
Sim	1	1	4	1	1
Não	-	-	-	-	-
<b>Se sim, as mais frequentes</b>					
Acolhimento na própria unidade	-	1	4	1	1

Telefonar para o serviço de especialidade	1	-	-	-	-
Discutir o caso na própria equipe	1	1	-	-	1
Encaminhar para serviço especializado	-	1	4	-	1
Encaminhar para pronto socorro	1	-	-	-	-
<b>Articulação regular com pontos da Rede</b>					
Informal com Unidades de Saúde	1	1	4	-	1
Informal com Unidades Inter setoriais	1	1	4	1	1
Formal com Unidades de Saúde	1	1	-	-	1
Formal com Unidades Intersetoriais	1	1	-	1	1
Reuniões para acordar parceria com Unidades interessadas					
Sim	-	1	-	-	1
Não	1	-	4	1	-
Se sim, as Unidades que participaram					
UBS/ESF	-	-	-	-	1
CAPS	-	1	-	-	1
CRAS	-	-	-	-	1
CREAS	-	-	-	-	1
Há retorno/contrarreferência à Unidade de referência					
Sim	-	1	-	-	-
Não	1	-	4	1	1
Se sim, as Unidades que participaram					
UBS/ESF	-	1	-	-	-
CAPS	-	1	-	-	-

Atendimento de demanda  
espontânea usuários álcool e drogas  
e transtornos mentais na Unidade

Sim	1	-	-	-	1
Não	-	1	4	1	-

\* HG – Hospital Geral; UAA – Unidade de Acolhimento Adulto; SRT – Serviço Residencial Terapêutico; SHR – Serviço de Referência Hospitalar ad feminino; C.R – Consultório de Rua.  
Fonte: dados da pesquisa (2018).

A Tabela 15 traz as variáveis frequência com número de atendimentos no mês estudado, de todos os pontos de atenção.

Tabela 15 - Distribuição da variável frequência do atendimento nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
<b>Frequências</b>					
<b>Média Mensal de Atendimento</b>	773**	5	29	29	112
<b>Adesão ao Tratamento</b>					
<b>Transtornos mentais</b>					
Ótimo	-	-	4	-	-
Bom	1	-	-	1	-
Regular	-	-	-	-	-
ruim/não se aplica	-	1	-	-	1
<b>Usuários com Abuso/Dependência SPA</b>					
Ótimo	-	1	4	-	-
Bom	1	-	-	1	-
Regular	-	-	-	-	1
ruim/não se aplica	-	-	-	-	-
<b>Com Comorbidade de Ambas</b>					
Ótimo	-	1	4	-	-
Bom	-	-	-	1	-

Regular	1	-	-	-	-
ruim/não se aplica	-	-	-	-	1

\* HG – Hospital Geral; UAA – Unidade de Acolhimento Adulto; SRT – Serviço Residencial Terapêutico; SHR – Serviço de Referência Hospitalar ad feminino; C.R – Consultório de Rua.

\*\* No HG a média de atendimentos refere-se à urgência mental (n=733) e internações (n=40).  
Fonte: dados da pesquisa (2018).

No Hospital Geral, componentes de urgência e emergência e o componente hospitalar da RAPS, foram mais de 700 atendimentos/mês de pacientes provenientes de todo estado de Sergipe e 43 internações/mês na enfermaria masculina. Já no SHR, foram 40 internações/mês (Tabela 15). A eCR realizou 112 atendimentos/mês (Tabela 15).

Com relação à natureza do atendimento, a maioria dos serviços dos componentes da atenção psicossocial não especializada não realiza busca ativa, o CR é a exceção. Somente CR e SRT realizam visitas domiciliares. Todos os pontos estudados atendem a situações de APM e os resolvem na própria unidade. (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das variáveis referentes à natureza do atendimento e quantidade de medicamentos psicofarmacoterápicos nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial não especializada do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
<b>Natureza do Atendimento</b>					
<b>Busca Ativa</b>					
Sim	0	0	0	0	1
Não	1	1	4	1	0
<b>Visitas Domiciliares</b>					
Sim	0	0	4	0	1
Não	1	1	0	1	0
<b>Episódios de APM</b>					
Sim	1	1	4	1	1

Não	0	0	0	0	1
<b>Se SIM, são resolvidos pela Unidade</b>					
Sim	1	0	4	1	0
Não	0	1	0	0	1
<b>Se NÃO, são encaminhados para</b>					
Pronto Atendimento/Pronto Socorro	0	1	0	0	0
SAMU	0	1	0	0	1
<b>Realiza Atendimento Individual para portadores de T.M e SPA</b>					
Sim	1	1	0	0	1
Não	0	0	4	1	0
<b>Realiza Atendimento Grupal para portadores de T.M e SPA</b>					
Sim	0	1	0	0	0
Não	1	0	4	1	1
<b>Medicamentos Psicofarmacoterápicos**</b>					
<b>Via Oral</b>					
Ótima	0	0	4	0	0
Boa	1	1	0	1	1
Regular	0	0	0	0	0
ruim/não se aplica	0	0	0	0	0
<b>Injetável</b>					
Ótima	0	0	4	0	0
Boa	1	0	0	0	0
Regular	0	0	0	0	0
ruim/não se aplica	0	1	0	0	0

\* HG – Hospital Geral; UAA – Unidade de Acolhimento Adulto; SRT – Serviço Residencial Terapêutico; SHR – Serviço de Referência Hospitalar ad feminino; C.R – Consultório de Rua.

\*\* Refere-se a quantidade de medicamentos

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No que se refere à capacitação e à educação permanente, nenhum destes serviços recebe matriciamento *regular* por parte dos CAPS ou dos gestores da RAPS, apenas os SRT recebem matriciamento *eventual* (Tabela 17).

Todas as unidades afirmaram ter recebido capacitação inicial da equipe, no entanto a oferta de capacitação tem sido eventual e não periódica. (Tabela 17)

Tabela 17 - Distribuição das variáveis matriciamento e capacitação em saúde mental nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>
<b>Matriciamento em Saúde Mental</b>					
<b>Antes de entrar na Unidade, algum técnico já participou de matriciamento</b>					
Sim	1	-	4	1	1
Não	-	1	-	-	-
<b>O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>eventual</u> na Unidade</b>					
Sim	-	-	4	-	-
Não	1	1	-	1	1
<b>O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>regular</u> na Unidade</b>					
Sim	-	-	-	-	-
Não	1	1	4	1	1
<b>Capacitação em Saúde Mental</b>					
<b>Antes de entrar na Unidade, algum técnico já participou de capacitação</b>					
Sim	1	-	4	1	1
Não	-	1	-	-	-

<b>Houve capacitação inicial da equipe</b>					
Sim	-	1	4	1	1
Não	1	-	-	-	-
<b>Há capacitação eventual da equipe</b>					
Sim	1	-	4	1	-
Não	-	1	-	-	1
<b>Há capacitação periódica da equipe</b>					
Sim	-	-	-	-	-
Não	1	1	4	1	1
<b>Forma da última capacitação</b>					
Curso	-	-	3	1	-
Seminário	-	1	-	-	1
Reunião	1	-	1	-	-

(Continua)

Mesmo com o relato de carência de capacitação em saúde mental de forma periódica, os trabalhadores ouvidos informaram sentir-se seguros ao lidar com os usuários de saúde mental, todos relataram que se sentem bem ou muito bem em lidar com problemas de saúde mental e relacionados a álcool e outras drogas (Tabela 17).

Tabela 18 - Distribuição das variáveis matriciamento e capacitação em saúde mental nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

(Continuação)

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>

---

**Há dificuldades no atendimento aos usuários de álcool e drogas na unidade**

Sim	1	-	-	-	-
Não	-	1	4	1	1

**Há dificuldades no atendimento aos usuários com transtornos mentais na unidade**

Sim	1	-	-	-	1
Não	-	1	4	1	-

**O quanto você se sente em condições para lidar com os problemas de álcool e/ou outras drogas**

Muito Bem	1	-	-	-	-
Bem	-	1	3	1	1
Regular	-	-	1	-	-

**O quanto a equipe se sente em condições para lidar com os usuários com transtornos mentais**

Muito bem	1	-	1	-	-
Bem	-	1	3	1	1
Regular	-	-	-	-	-

---

\* HG – Hospital Geral; UAA – Unidade de Acolhimento Adulto; SRT – Serviço Residencial Terapêutico; SHR – Serviço de Referência Hospitalar ad feminino; C.R – Consultório de Rua.  
Fonte: dados da pesquisa (2018).

No que se refere à articulação em rede, os SRT e a UAA articulam-se mais com as unidades de saúde e CAPS do território (Tabela 18).

Já o HG articula-se com todos os pontos de atenção disponíveis na cidade; a eCR referiu articulação com a porta de urgência e com o SAMU por fazerem

abordagens de rua e muitas vezes os usuários apresentarem-se intoxicados (Tabela 18)

As categorias profissionais que foram citadas como mais envolvidos no atendimento aos usuários foram os enfermeiros, profissionais de nível médio (auxiliar/técnico de enfermagem e cuidadores) e médicos (Tabela 18).

Tabela 19 - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>
<b>Articulação com a Rede</b>					
<b>Onde acontece o tratamento em saúde mental na região da Unidade</b>					
UBS/PSF	1	0	4	0	1
CAPS	1	1	4	1	1
CAPSad	1	1	0	1	1
Ambulatório	1	0	0	1	0
PA/OS	1	0	0	0	0
SAMU	1	0	0	0	1
Hospital Geral	1	0	4	1	1
Hospital Psiquiátrico	1	0	0	0	0
Comunidade Terapêutica	1	0	0	1	0
<b>Onde acontece o tratamento de problemas de álcool e outras drogas na região da Unidade</b>					
UBS/PSF	0	0	0	0	1
CAPS	0	1	0	0	0
CAPSad	1	1	4	1	1
Ambulatório	0	0	0	0	0
PA/OS	0	0	0	0	0

SAMU	0	0	0	0	0
Hospital Geral	0	0	0	1	1
Hospital Psiquiátrico	0	0	0	1	0
Comunidade Terapêutica	0	0	0	1	0

**Os profissionais da Unidade mais envolvidos no atendimento dos usuários**

Coordenador/ Diretor/ Comandante/ Juiz/ Promotor/Delegado	0	1	0	0	0
Médico	1	0	0	1	1
Enfermeiro	1	0	4	1	1
Psicólogo	1	1	0	0	1
Assistente Social	1	0	0	0	0
Profissional de Nível Médio	0	4	4	1	0
Outro: Cuidador	0	1	0	0	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

No entanto, a categoria profissional que foi citada como a mais envolvida no encaminhamento dos usuários para outras unidades dentro da Articulação em Rede foi a de assistente social (Tabela 19).

Na equipe de Consultório na Rua todos os profissionais estão envolvidos com encaminhamentos a outras unidades (Tabela 19).

Mesmo não havendo mecanismo de contrarreferência formalizado, as unidades se comunicam por telefone, entre coordenadores de serviços e entre profissionais, e relatam discussão de casos clínicos, apesar dos raros relatos de reuniões formais (Tabela 19).

Tabela 20 - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>

<b>Articulação com a Rede</b>					
<b>Os profissionais que fazem encaminhamento dos usuários para outras Unidades</b>					
Coordenador	0	1	0	0	1
Médico	0	0	0	0	1
Enfermeiro	0	0	0	0	1
Psicólogo	0	0	0	0	1
Assistente Social	1	0	4	1	1
Outro Profissional de Nível Universitário da Saúde	0	0	0	0	1
Outro Profissional de Nível Universitário	0	1	0	0	1
Profissional de Nível Médio	0	1	0	0	1
<b>Quando o atendimento se dá em outras Unidades da Rede, existem modos para acompanhar o tratamento nessa Unidade (contrarreferência)</b>					
Sim	0	0	0	0	0
Não	1	1	4	1	1
<b>Modos de contato mais frequentes</b>					
Não há contato	0	0	0	0	0
Reunião com o serviço	0	1	0	0	1
Visita ao usuário no outro serviço	0	0	0	0	1
Relatórios da Unidade de tratamento	0	0	4	0	0
Telefonemas para a Unidade de tratamento	1	1	4	1	1
Discussão do caso	0	1	1	1	0
<b>Há, na região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários com transtornos mentais para os casos atendidos nesta Unidade</b>					
Sim	1	1	4	1	1

Não	0	0	0	0	0
<b>Há, na região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários de álcool e outras drogas para os casos atendidos nesta Unidade</b>					
Sim	1	1	4	1	1
Não	0	0	0	0	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

A Tabela 20 mostra as parcerias existentes (articulação em rede) entre os serviços de saúde territoriais e serviços intersetoriais. Geralmente essa articulação ocorre de maneira informal, não há espaços de pactuação coletiva, o suporte é ofertado na medida em que os usuários são encaminhados à rede de assistência social (CRAS e CREAS) e à rede de saúde básica ou hospitalar.

Tabela 21 - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG (n=1)	UAA (n=1)	SRT (n=4)	SHR (n=1)	C.R (n=1)
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
<b>Articulação com a Rede</b>					
<b>Se sim, as Unidades que participam</b>					
NASF	0	0	4	1	0
UBS/PSF	0	0	4	1	0
CAPS	1	1	4	1	1
CAPSad	1	1	4	1	0
Ambulatório	1	1	4	1	0
PA/PS/UPA	0	0	4	1	0
SAMU	0	0	4	1	0
Hospital Geral	0	0	4	0	0
Hospital Psiquiátrico	1	0	4	1	0

Outro: Consultório de Rua	0	1	0	0	0
<b>Quais são as atribuições dessas equipes ou serviços para com esta Unidade</b>					
Suporte para discussão de casos	0	1	0	0	0
suporte para atendimento de casos	0	1	4	1	1
Outro: Dar continuidade ao tratamento	1	0	0	0	0
<b>Parcerias existentes no território pertencente à Unidade</b>					
ESF/PACS	1	1	4	0	1
NASF	0	0	4	0	0
Consultório de Rua	0	1	0	1	0
Ambulatório de Especialidades	0	0	0	0	0
SAMU	1	1	4	1	1
PA/PS	0	1	0	0	0
Hospital Geral	1	1	4	1	1
Hospital Psiquiátrico	1	1	0	1	0
CRAS	0	1	0	0	1
CREAS	0	1	0	0	1
Escolas	0	1	0	0	0
Outras Instituições:	1	0	4	1	0
CAPS	1	0	4	1	0
Ministério Público	0	0	0	1	0

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

A garantia de cidadania e direitos está limitada a orientações de assistência social, previdência social e benefício continuado (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS). Suporte jurídico e defensoria pública são pouco acessados, conforme apresentado pela Tabela 21.

Tabela 22 - Distribuição das variáveis articulação da rede, inclusão da família no atendimento/cuidado e satisfação do cuidado nos componentes da Rede de Atenção Psicossocial do município de Aracaju - SE, no período de maio a julho de 2018, segundo o tipo de unidade (n=8). Salvador, 2018

Variáveis	Tipo de Unidade* (n=8)				
	HG	UA		SHR	C.R
	(n=1)	(n=1)	(n=4)	(n=1)	(n=1)
	F	f	F	f	f
<b>Articulação com a Rede</b>					
<b>Quais os Dispositivos utilizados pela Unidade para garantia da cidadania do usuário</b>					
Suporte Jurídico	1	0	0	0	0
Trabalho	0	1	0	0	1
Previdência Social	1	1	0	0	1
Assistência Social	1	1	4	1	1
Lazer	0	1	0	0	0
Benefícios de Prestação Continuada (LOAS)	0	1	4	0	1
Programa Volta para Casa	0	0	4	0	0
Conselho Tutelar	1	1	0	0	0
Outros	1	0	0	0	0
Acionar Conselhos referentes ao idoso, menor, delegacia de vulneráveis, notificação de violência	1	0	0	0	0
<b>Inclusão da Família no Atendimento/Cuidado</b>					
Sim	0	1	0	1	1
Não	1	0	4	0	0
<b>Os atendimentos são:</b>					
Individuais	0	1	0	1	1
Grupais	0	0	0	0	0
Ambos	0	0	0	0	0
<b>Satisfação do Cuidado</b>					
<b>Por parte do Informante</b>					
Ótimo	1	1	4	0	0
Bom	0	0	0	1	1
Regular	0	0	0	0	0

ruim/não se aplica	0	0	0	0	0
<b>Por parte do Usuário (de acordo com o depoimento do Informante)</b>					
Ótimo	1	1	4	0	0
Bom	0	0	0	0	1
Regular	0	0	0	1	0
ruim/não se aplica	0	0	0	0	0
<b>Por parte do(s) Familiar(es)</b>					
Ótimo	1	1	4	0	0
Bom	0	0	0	0	1
Regular	0	0	0	1	0
ruim/não se aplica	0	0	0	0	0

---

Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa, 2018

## 8 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a análise e discussão, seguiremos a mesma divisão utilizada no Capítulo anterior. Dividiremos a RAPS em duas partes: **Componentes da Atenção Psicossocial Especializada** - CAPS e **Componentes da Atenção Psicossocial Não-especializada** - CR, Urgência Mental em HG, SHR, UAA e SRT.

No entanto, acrescentamos um item referente aos serviços e programas que não integram a RAPS.

### 8.1 COMPONENTES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

Aqui cabe ressaltar que se apresentam duas realidades: CAPS municipais e CAPS sob gestão de Organização não governamental (ONG).

São seis CAPS existentes e, no geral, apresentaram-se com estrutura física precária, sem manutenção predial adequada, móveis velhos (muitas vezes quebrados) e problemas no piso. Quatro CAPS são geridos pelo poder público municipal e dois são geridos por ONG.

Estes últimos apresentam-se em manutenção física adequada (estrutura física, mobiliário, manutenção predial) em contraste com os da administração direta. Apenas um CAPS tem prédio próprio, sendo que os demais localizam-se em casas alugadas e adaptadas para este papel.

Há dois CAPS administrados por Organização Não governamental: um CAPS que existe desde o ano 2000, na atenção aos usuários adultos e que, a partir de 2012, passou a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Inicialmente este CAPS foi aberto em convênio com a Secretaria Estadual de Saúde, passando em 2001 para gestão municipal, quando a Secretaria de Saúde de Aracaju assumiu a gestão plena de serviços. (SANTOS, 2006)

O segundo CAPS, que foi terceirizado no ano de 2016, foi o primeiro CAPS implantado e inaugurado pela gestão pública municipal em 2002. A terceirização do mesmo causou forte repercussão entre os trabalhadores.

Durante a pesquisa de campo este fato chamou a atenção por ter sido citado por trabalhadores como algo “*muito traumático*”, devido à realocação dos 60 funcionários existentes no serviço, muitos deles com 12 anos de atuação no CAPS,

sem qualquer negociação, gerando bastante insatisfação. (ABRASCO, 2016; ABRASME, 2016; CRP, 2016)

Existem três CAPS III para atendimento a pessoas com transtornos mentais, um CAPS ad III adulto e um CAPS ad III infanto-juvenil. Todos eles contam com camas separadas por sexo. Em sua maioria, os quartos possuem boa ventilação e localizam-se próximo ao posto de enfermagem. Metade dos CAPS possuem armários individuais para guardar pertences e os quartos são divididos entre dois a quatro pacientes.

Foi observado que vários pacientes circulavam pelos corredores dos CAPS e alguns, deitados nos sofás, olhavam atentamente a presença da pesquisadora. Outros, alheios ao ambiente, dormiam. Nos CAPS três, os leitos ou camas, permanecem vazias durante o dia, seguindo a orientação da gerência dos serviços da manutenção dos pacientes, em atividades a fim de evitar “ociosidade”.

Encontramos algumas oficinas ativas, mas na maioria dos demais serviços não havia atividade no momento da observação.

*“estamos com equipe reduzida, estamos aguardando a lotação de profissionais provenientes do processo seletivo” (fala de um coordenador)*

As oficinas existentes funcionavam com a participação ativa de usuários, desde a coordenação do processo à discussão e singularização do seu resultado. São estimuladas a autonomia e a expressão de opiniões dos usuários durante as oficinas. As assembleias tinham a participação ativa de usuários que faziam reivindicações pela melhoria do serviço, oferta de mais oficinas e contratação de mais profissionais.

Com relação à **distribuição das categorias profissionais**, merece destaque o CAPS i pela distribuição inferior aos demais, com relação a todas as categorias profissionais.

De acordo com as informações coletadas, percebe-se que o capital humano está em desacordo com as normativas federais, em especial nos CAPS administrados por ONG. Há deficiência de profissionais de nível universitário e de nível médio.

A equipe técnica mínima, preconizada pela Portaria de Consolidação Nº 3/2017, para atuação no CAPS III (período diurno) deve ser composta por:

I - 02 (dois) médicos psiquiatras;

II - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

**III - 05** (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

**IV - 08** (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Segundo Portaria de Consolidação nº 3/2017, para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

**I - 03** (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

**II - 01** (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

**I - 01** (um) profissional de nível superior, dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior, justificado pelo projeto terapêutico;

**II - 03** (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço.

**III - 01** (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Foram lotados enfermeiros nas escalas noturnas dos CAPS III, a partir de 2012, após ação do Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SE) que reivindicou cumprimento da Lei do Exercício Profissional 7498/86, que preconiza enfermeiros em tempo integral, em serviços com internações. (COFEN, 2012).

No entanto, as equipes de final de semana não dispõem de profissionais de nível superior, dentre as categorias preconizadas pela prescrição federal, nem oferecem regularmente atividades aos usuários em acolhimento noturno, salvo através de escalas esporádicas e combinações de funcionários com a gestão local.

A “grande rotatividade da equipe” dos serviços tem atrapalhado o seu andamento, segundo relato de coordenadores dos CAPS. Os profissionais estatutários estão em minoria e os contratados atuam somente por 2 anos e depois são substituídos. Os funcionários de apoio, limpeza e vigilância são CLT e ligados a

uma empresa terceirizada, o que também dificulta a gestão de pessoas por parte da gerência.

Com relação ao apoio matricial, as únicas ações de matriciamento têm se resumido ao indicador pactuado anualmente através do planejamento: uma reunião de matriciamento com a atenção básica por mês, nitidamente insuficiente, tendo em vista as reivindicações da rede intersetorial.

Quanto à **capacitação da equipe** de profissionais vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial estudados, apenas em uma unidade, o CAPS III Liberdade, houve uma capacitação em saúde mental voltada às seguintes categorias profissionais: psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e técnico/auxiliar de enfermagem.

O tema das capacitações e da **educação permanente** foi recorrente durante as entrevistas. Os profissionais relataram que há 4 anos essa oferta está escassa, o que dificulta o trabalho dos profissionais que muitas vezes são contratados e não têm experiência com área de saúde mental. Afirmaram que há acolhimento pedagógico com duração de três dias para todos os recém-contratados para as RAPS, o que ocorre apenas neste momento.

O MS, através da Portaria nº 3.194, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017, lançou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS) incentivando a elaboração da política estadual e das políticas municipais de educação permanente, mediante custeio das ações, de acordo com o número de regiões de saúde de cada estado (BRASIL, 2017f).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 de Aracaju prevê a realização de 4 ações de educação permanente por ano para a RAPS, a fim de contribuir para a transformação das diversas práticas de gestão e cuidado, de acordo com os princípios do SUS (ARACAJU, 2017c). No entanto, até o momento da pesquisa não havia ocorrido, nem havia previsão para início das ações de Educação Permanente (EP).

No entanto, a maioria dos profissionais e gerentes de serviços que responderam aos questionários informaram “sentir-se à vontade e seguros” para trabalhar em saúde mental. Uma explicação para este dado pode ter sido porque o público entrevistado, em sua maioria, foi de coordenadores de CAPS, com experiência de alguns anos na implantação da RAPS, e trabalhadores com 4 anos ou mais, de serviço. Em sua maior parte, os trabalhadores mais antigos disseram que “há 4 anos

*atrás havia mais oficinas e cursos de capacitação”* fazendo menção ao último prefeito eleito da cidade e à gestão de saúde.

Acessando os planos municipais de saúde e relatórios anuais de gestão desde 2010, nota-se que no planejamento de ações a EP é um ponto de destaque com objetivos e metas claras, porém o investimento foi até o momento insuficiente, com ações e metas executadas ou não, o que valida a fala dos trabalhadores.

Com relação ao **funcionamento e organização dos serviços**, todos os CAPS confeccionam PTS ou PTI para os usuários atendidos. Realizam escala de acolhimento diariamente, pela manhã e pela tarde, através de escalas de profissionais.

Segundo os relatos, esses PTS são revisados a cada semestre com a presença de usuários e trabalhadores. Com menos frequência, conseguem a participação dos médicos neste processo, pois normalmente eles não participam das reuniões de equipe e discutem alterações nos PTS de forma individual.

O relato da revisão dos PTS foi repetido em todos os CAPS, sinalizando que ela ocorre de maneira sistemática. Alguns CAPS param o serviço para se reunirem, por grupos de pacientes, com seus respectivos técnicos de referência, para repactuação de metas dentro do PTS. Há um formulário próprio, utilizado desde a implantação da RAPS. Esse processo se repete, pelo menos, duas vezes ao ano.

No entanto, os trabalhadores relataram que essas atualizações de PTS ocorrem no dia-a-dia, em reuniões de equipe, em discussões durante intervalo de trabalho e durante a observação dos usuários nas oficinas.

Todos os CAPS realizam reuniões semanais de equipe. Neste dia, o serviço não funciona para o público externo e os trabalhadores discutem temas relevantes do cotidiano das suas funções, revisão PTS, combinam ações em rede, convidam parceiros para reunião.

Há pouca participação da comunidade em ações intra CAPS, porque as ações são voltadas para o público interno e seus familiares. No entanto, todos os serviços participam de ações alusivas ao dia da luta antimanicomial e, anualmente, realizam caminhadas pelas ruas da cidade, a fim de ganhar maior visibilidade social.

Em 2017, realizaram oficinas de artesanato e ações lúdicas nas ruas do centro da cidade, além de apresentações culturais de usuários de CAPS. Segundo os organizadores, o maior objetivo destas atividades é apresentar os usuários como cidadãos que “não necessitam estar isolados”, mas sim inseridos na comunidade.

Durante as entrevistas, percebe-se que os trabalhadores de CAPS não têm o hábito de autoavaliação ou de serem avaliados de maneira sistemática. A gestão municipal de saúde mental estava iniciando, no início de 2018, a pactuação de indicadores de qualidade de CAPS III<sup>15</sup>, tais como: número de usuários atendidos, números de consultas por núcleo profissional, taxa de ocupação de leitos de CAPS, tempo de espera para primeira consulta médica, atenção à família de pacientes em crise, PTS compartilhados, adesão dos usuários à medicação, entre outros.

Estes indicadores foram apresentados durante reunião denominada RODA REAPS, que acontece há alguns anos, mas que “não acontecia há meses”. Os indicadores foram apresentados aos trabalhadores presentes, mais de forma prescritiva que de construção coletiva, como prevê uma Roda.

Para Campos (2000, p.67) o Método da Roda prevê o fortalecimento de coletivos em gestão, fomenta a democracia institucional a fim de superar a “racionalidade gerencial hegemônica”, na medida em que fomenta a produção de liberdade e autonomia em contraposição ao controle e dominação de seus trabalhadores.

Durante a “Roda REAPS” nos pareceu que nem os trabalhadores estavam entendendo o espaço como construção coletiva, nem os gestores estavam disponíveis para a expressão das subjetividades e da alteridade na condução da política pública de então.

Analisando os documentos oficiais e as informações levantadas, podemos supor que as articulações intersetoriais se dão mais no nível da gestão central do que da micropolítica dos serviços. Os CAPS conseguem articular mais com os parceiros intersetoriais, por meio de reuniões e encontros, do que os demais pontos da RAPS.

Não se trabalha com “alta” de pacientes de maneira sistemática, pois entendem o sofrimento mental como inerente à existência destas pessoas e que os serviços sempre serão sua maior vinculação. Em especial, os CAPS i que têm limite de idade até 18 anos, encaminham seus usuários a outros CAPS para adultos a fim de continuar vinculação

---

<sup>15</sup> Inspirados por ONOCKO-CAMPOS et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. ESPECIAL, P. 71-83, MAR 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S07

## 8.2. COMPONENTES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NÃO ESPECIALIZADA

A normativa do MS preconiza como pontos de atenção da RAPS no componente **Atenção Básica** os seguintes: Equipes de Atenção Básica, Equipes de Atenção Básica para populações específicas, eCR, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, os NASF e Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2017a).

A Rede de Atenção Primária de Aracaju é composta por 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que contam com 137 equipes de saúde da família e 99 equipes de saúde bucal (ARACAJU, 2017). Foi implantada, em 2016, uma eCR que está lotada numa UBS localizada no centro da cidade.

A eCR implantada no Município é composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 psicóloga, 01 assistente social, 03 profissionais de nível médio. Eles contam com um veículo para realizar ações de rua, inclusive durante à noite nos locais com cenas de abuso de drogas.

Ao longo dos 3 anos de implantação a eCR já atendeu 230 pessoas, mediante busca ativa, visitas domiciliares, acolhimento na UBS e na rua.

“[...] as vezes vem pacientes agitados, mas a guarda patrimonial os acompanha na entrada pela UBS até a nossa sala e isso as vezes é suficiente para que eles fiquem mais calmos” (informante)

A equipe tem uma sala localizada nos fundos da UBS, próxima ao que seria a garagem do prédio. Este é um imóvel localizado no centro da cidade, amplo, ventilado, com estrutura física bem conservada.

Os componentes da Atenção Básica, tais como NASF e CR, praticamente não realizam rodas de pactuação de ações no território. Não são realizados fóruns intersetoriais para alcançar a integração das ações, conforme preconizados pelas normativas municipais e federais. O mesmo também ocorre nos demais componentes: o hospital geral não encontra com os CAPS, a UAA não encontra com o CR e CAPS ad.

Na eCR todos os profissionais estão envolvidos com encaminhamentos a outras unidades e compartilham a clínica durante as intervenções no campo, inclusive

com inclusão de tecnologias leves, tais como a música, a fim de vincular com os usuários.

Não existe a prática da contrarreferência, no entanto os contatos são feitos utilizando-se telefone ou mesmo pelas notícias que recebem dos próprios pacientes. Porém, esse fato não tem sido impedimento para os agenciamentos possíveis, que “são realizados entre os serviços da RAPS e os parceiros intersetoriais”.

Os trabalhadores da eCR relataram integração com as equipes de saúde da família local que, quando necessário, fazem o acompanhamento dos usuários, em conjunto com clínicos gerais, ginecologistas, dentistas e demais profissionais. Falam ainda que nunca se reuniram com a gestão de saúde mental ou com a equipe do CAPS ad, mas consideram que os pacientes encaminhados aos CAPS são sempre atendidos, trazendo para eles “notícias” de como foi este acolhimento na RAPS.

Referem que a “*rede de saúde mental AD flui com facilidade*” – chamam de rede mental AD (Álcool e outras drogas) os serviços: CAPS ad, Centro de Referência Especializada de Assistência Social para população de rua (CREAS-pop), Programa de Redução de Danos (PRD), UAA.

*“somos a ponte entre a população de rua e a atenção à saúde”  
(fala de membro da eCR)*

Articulam, ainda, com os CAPS para usuários com transtornos mentais, com a urgência psiquiátrica, SAMU, ambulatórios de especialidades (principalmente para pacientes com Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV). Em nenhum destes serviços há articulação formal ou contrarreferência escrita (sic).

Uma vez na semana realizam reunião de equipe no final da tarde e, depois das 19h, saem no veículo da eCR para realizar ações externas. Utilizam como ferramentas de cuidado algumas tecnologias leves através de recursos artísticos, tais como música e pintura. Fazem sempre em conjunto com os trabalhadores do Programa de Redução de Danos.

O Município conta ainda com 08 equipes de NASF implantadas. São áreas elegidas como estratégicas com “[...] práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição e assistência farmacêutica” (ARACAJU, 2017, p. 49). Estão consideradas as seguintes profissões: fonoaudiólogo, farmacêutico,

nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, professor de educação física e psicólogo

A rede de atenção básica dispõe também de psiquiatras e psicólogos para atendimento a casos de saúde mental moderados desde 2002, conformando as Referências Ambulatoriais em Saúde Mental. Estas equipes foram distribuídas inicialmente da seguinte forma: um psiquiatra com 20 h e dois psicólogos com 30 h, por região de saúde.

Atualmente Aracaju divide-se em 8 regiões de saúde e tem equipes de saúde mental implantadas em 10 UBS<sup>16</sup> para atendimentos a usuários adultos e em 04 UBS (um ambulatório para cada 2 Regiões de Saúde) para atendimento a crianças e adolescentes.

Consta da Programação Anual de Saúde (PAS) 2018 a meta de implantar estas “referências ambulatoriais” em saúde mental para usuários adultos e crianças, porém a maior dificuldade é a fixação dos profissionais médicos psiquiatras que hoje são contratados temporariamente para realizar os serviços e esta rotatividade torna-se um problema (informação verbal<sup>17</sup>).

Com as novas prescrições federais do ano 2017, com incentivo à implantação de equipes multiprofissionais de saúde mental, o município poderá ser beneficiado recebendo custeio para a manutenção das equipes já implantadas.

Cabe ressaltar que Aracaju não dispõe de equipes voltadas para a atenção da UAA, sendo essa atenção feita regularmente durante visitas dos moradores às Unidades de Saúde, ou durante visitas dos agentes de saúde do bairro onde estão localizadas.

Não possui convênios com CT existentes em seu território. Mesmo assim, alguns pacientes e familiares organizam-se para o encaminhamento a estas instituições. Geralmente são entidades religiosas ou de alguma ação social de vereadores locais. Muitos usuários do CAPS ad passam temporadas nestes lugares e as famílias vão buscar medicamentos para o tempo de internação, que pode ser de até 9 meses, retornando ao CAPS ad ao final deste período.

---

<sup>16</sup> Há 2 regiões de saúde com maior densidade populacional que recebeu oferta de dois ambulatórios, segundo informação verbal da Referência Técnica (RT) em Saúde Mental da Rede de Atenção Primária de Aracaju.

<sup>17</sup> Todas as informações referentes aos ambulatórios ou referências ambulatoriais em saúde mental foram coletadas com Wagner Morais, RT de saúde mental na atenção básica/Aracaju.

Este relato denota que talvez a oferta de leitos para a atenção aos usuários de substâncias psicoativas não seja suficiente. Este argumento é fortalecido com o relato de fechamento, no início de 2017, de 10 leitos para desintoxicação em hospital geral, de forma unilateral por iniciativa do hospital contratado.

A partir de 2018, o município poderá pleitear a implantação desses leitos através da pactuação com hospitais parceiros do SUS e mediante incentivo federal.

Os projetos de geração de renda que fazem parte do componente de Reabilitação Psicossocial e deveriam focar na reinserção social pelo trabalho e geração de renda, entendem o conceito de cidadania como integração destes indivíduos ao mercado de trabalho, seja por meio da produção individual, de acordo com habilidades e talentos, ou por cooperativas e associações, que possam comercializar produtos confeccionados pelos envolvidos.

Fazem a reinserção social através de encaminhamentos aos setores municipais responsáveis pela inserção nas vagas de trabalho disponíveis, principalmente dos usuários de álcool e outras drogas. No entanto, as inserções concretas no mercado ainda são raras.

O componente **Urgência e Emergência** da RAPS é composto pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral e Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2017a).

A RAPS do município de Aracaju conta com SAMU 192, desde 2004, que faz as remoções de pacientes com transtorno mental e decorrentes de álcool e outras drogas. Ele se articula com os bombeiros no caso de avaliação de risco para a equipe de saúde ou para o paciente. Os serviços territoriais também se articulam com o SAMU através de pedidos de remoção para o serviço de urgência psiquiátrica ou outro tipo de serviço de urgência e emergência. Existem dois hospitais públicos municipais e recebem pacientes com intoxicação por abuso de SPA, em especial o álcool.

Existe também o Serviço de Urgência Mental, inaugurado em 2004, que atende a todo o estado de Sergipe, com funcionamento durante 24 horas, com porta aberta para usuários de transtorno mental em surto psiquiátrico e para usuários de álcool e drogas sob efeito de substância psicoativa.

A Urgência Mental segue a seguinte rotina: o paciente chega à recepção onde é feita a ficha de atendimento, passa por uma porta e é atendido pelo médico plantonista. Se necessário, é encaminhado a uma sala de observação com 9 leitos,

onde poderá permanecer até, no máximo, 72 horas. Caso não haja melhora do quadro, é encaminhado ao serviço de internação psiquiátrica masculino ou feminino.

Tivemos que percorrer um caminho mais burocrático e tortuoso para conseguir a autorização para realizar a observação no serviço que é ligado ao SUS. Após conseguirmos a autorização, solicitamos algumas informações que não foram enviadas por completo e passamos a conversar com os trabalhadores da unidade.

Na data da visita, o serviço apresentava odor fétido de urina. A sala de observação estava lotada, com todos os leitos preenchidos. Dois auxiliares de enfermagem estavam no Posto de Enfermagem tratando de preparar medicamentos para os 09 pacientes: muitos contidos com faixas de gaze, alguns acompanhados de familiares.

Foi destacado um enfermeiro para acompanhar a observação com a pesquisadora. Adentramos a enfermaria de “retaguarda” onde estavam 16 pacientes homens. Todos acordados, ociosos, muitos sem camisa, alguns sentados. A maioria estava curiosa com a presença da observadora e passaram a apresentar a unidade: higiene muito precária, manutenção predial inexistente, banheiros sem vasos sanitários, pias quebradas, camas sem identificação, sem espaço para atendimento terapêutico, sem sala de TV, sem privacidade.

A situação me causou estarrecimento, por ter estado na inauguração do serviço e ter feito parte da equipe que idealizou aquela unidade, e hoje perceber a transformação em manicômio sob o testemunho envergonhado do profissional que me acompanhava e sob protesto dos usuários internos.

*“a gente é abandonado aqui” (usuário)*

Percebi uma bandeja com vários copos de iogurte do outro lado da grade. Talvez fosse o lanche dos pacientes... ao perceber minha expressão um usuário responde “aquele lanche ‘tá’ ali faz tempo. Eles não dão ‘pra’ gente não”.

A Urgência Mental conta com médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, possui 9 leitos para o atendimento de urgência e mais 16 leitos de retaguarda psiquiátrica, onde os usuários podem ficar em estabilização por até 72 horas.

Atualmente este serviço é contratado de um hospital filantrópico e conta com equipe formada por 8 médicos plantonistas, 4 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem por turno, 01 enfermeiro de plantão por turno, 02 assistentes sociais e dois psicólogos.

No mesmo dia observamos também o **componente hospitalar**, o SHR, enfermaria feminina, que foi inaugurada em 2013, para atender a usuárias de substâncias psicoativas e com transtornos mentais, contando com 14 leitos.

O SHR tem manutenção predial razoável e estava com capacidade plena. Em sua maioria, o público atendido é de mulheres com transtornos mentais – esquizofrenia e transtornos do humor.

Atualmente é composta por equipe com 02 auxiliares/técnicos por turno e 01 enfermeira no turno diurno. À noite são 02 auxiliares e uma enfermeira de supervisão no hospital. Os assistentes sociais e psicólogos trabalham 30h/semana e dividem-se na atenção aos dois serviços – masculino e feminino. São dois médicos diaristas, um psiquiatra e um clínico geral com experiência em saúde mental, que fazem a avaliação dos pacientes internados.

O maior número de funcionários é de mulheres, que estavam muito queixosas, pois se sentem em quantidade insuficiente para realizar um bom trabalho (sic). Não há espaços de oficinas nem ações coletivas (grupos terapêuticos), a unidade não tem projeto terapêutico institucional escrito. As pacientes limitam-se a receber medicações e aguardar a alta.

Os assistentes sociais fazem contato com familiares, porém não realizam atividades voltadas para este público. Após a alta, os pacientes são encaminhados aos CAPS, na maioria das vezes, conforme preconizado pela política nacional de saúde mental.

A equipe do SHR está muito aquém do preconizado pelas prescrições federais “reformadas”, sobretudo no que diz respeito à equipe de enfermagem e ao atendimento das diretrizes da RP (BRASIL, 2018; BRASIL, 2017d).

O que regulamenta a Portaria nº 3588/2017 para assistência numa enfermaria especializada do mesmo porte do serviço municipal analisado é uma equipe formada por: 04 técnicos/auxiliares de enfermagem (diurno) e 03 técnicos/auxiliares de enfermagem (noturno); 02 profissionais de saúde mental, 01 enfermeiro; 01 médico psiquiatra (mínimo de 20h/sem.).

Esta normativa também prevê adaptação dos serviços já implantados até final de dezembro de 2018, o que provavelmente deverá ocorrer com o serviço observado.

O município de Aracaju conta ainda com 80 leitos especializados em uma clínica psiquiátrica privada que são contratados pela Prefeitura. Destes, 10 leitos são

destinados a usuários de álcool e outras drogas, e a maioria das internações atualmente são de usuários residentes nas cidades do interior do Estado.

Da **estratégia de desinstitucionalização**, Aracaju (2017c) define os SRT:

[...] são casas destinadas a acolher os egressos de internações de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos). O propósito das RT é um olhar de cuidado e de auxílio à reconstrução do cotidiano, já que alguns dos moradores não realizavam as atividades de vida diária (tomar banho, escovar os dentes, se vestir, etc.) sozinhos, sendo assim a RT é um local de reconstrução da autonomia com um olhar compartilhado para as dificuldades individuais. A assistência a saúde desses moradores é feita como a de outros sujeitos, questões clínicas tem o ordenamento do cuidado ligado às unidades de saúde da família de referência das moradias e a atenção psicossocial é feita sob o olhar do CAPS de referência. Nas moradias é assegurada uma vivência de casa com alimentação, limpeza, lazer, tudo no sentido de produzir uma vivência de lar, e criar laços familiares entre aqueles que convivem. A Inserção das RT na comunidade permite que seus usuários tenham a vivência que lhe foi retirada em algum momento, de circulação pela cidade, da liberdade de escolha, desta forma as RT são, em sua simplicidade de lar, importantes equipamentos de apoio do processo de desinstitucionalização da loucura. (ARACAJU, 2017c, p. 53).

Existem quatro unidades, implantadas no ano de 2006, depois do processo de fechamento do Hospital Garcia Moreno, grande manicômio estadual. São 28 moradores no total, a maioria egressa de hospital psiquiátrico. Alguns vieram de CAPS, depois de passarem por longo tempo de hospitalidade noturna nos CAPS III.

As casas são administradas por ONG e tem um cuidador-líder em cada uma, sendo ele o responsável pela manutenção da casa e por receber os recursos dos benefícios assistenciais (BPC) dos moradores. Estes benefícios são entregues pelas famílias, após acordo com o Ministério Público Estadual. Toda alimentação é paga com este recurso.

A manutenção da casa, aluguel, água, energia, telefone, pagamento dos cuidadores, material de limpeza, mobiliário e alimentos são de responsabilidade da ONG.

Há um coordenador dos SRT ligado à Coordenação de Saúde Mental municipal. Ele realiza visitas diárias e reuniões frequentes com moradores e cuidadores.

As casas têm boa estrutura física e oferecem ambiente acolhedor aos moradores. Diferenciam-se pelo perfil dos moradores: encontramos casas que

*pareciam não possuir morador* – grifo nosso: muito arrumada, com tudo em seus devidos lugares, sofás e almofadas alinhados, camas forradas e armários arrumadíssimos. Encontramos, também, casas mais vivas com aspecto de que eram habitadas por pessoas e seus diversos hábitos (camas mais arrumadas, outras nem tanto, sala desarrumada etc.)

Todos os cuidadores têm anos de trabalho e conhecem detalhes das histórias de vida de cada morador, que frequenta os CAPS duas vezes na semana e alguns usuários queixaram-se disso:

*“[...] a gente queria ir mais [...]” (Morador).*

Destaca-se o fato de que todos os moradores tenham os mesmo PTS e dias de frequência aos serviços. Não percebemos projetos singulares e, quando questionados, os cuidadores relatam que eles são moradores antigos, e as tentativas de reinserção já foram feitas há tempos, inclusive com tentativas frustradas de reaproximar familiares. De modo geral, os moradores pareciam felizes e bem integrados aos SRT e aos CAPS.

Os cuidadores-líderes dos SRTs afirmaram que houve pactuação no Ministério Público sobre a gestão do Programa de Volta pra Casa e dos Benefícios de Prestação Continuada dos moradores, ficando acertado que a família levaria mensalmente um valor equivalente a 60% dos mesmos para as casas.

*“Somente nesse momento a gente encontra com os familiares. Raramente recebemos visitas deles” (informante SRT)*

Os SRT não atendem a pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas. No entanto, foi relatado programa de cessação de tabagismo, que foi implementado pela Coordenação de Saúde Mental Municipal em conjunto com os cuidadores das moradias.

*Reduzíamos a oferta de cigarros e controlávamos o uso até eles controlarem a compulsividade. Oferecíamos à época comidas mais calóricas ou doces para a saciedade do sistema de recompensa cerebral. Eles se adaptaram e voltamos ao cardápio normal. (Informante SRT).*

Não observamos reclamações por parte dos usuários, inclusive alguns pediram cigarros para fumar na área externa da casa, conforme pactuado. Outros já possuíam os próprios maços, mas estes eram minoria. Não observamos nervosismo, nem fumo compulsivo, nem morador com a ponta dos dedos queimadas, como muitas vezes é visto em instituições asilares.

Iniciamos este programa justo por percebê-los fumando compulsivamente, muitos com dedos e até nariz queimados pelos cigarros. (Informante SRT).

Os médicos dos CAPS visitam as moradias a cada dois meses para atualizar as receitas e realizar avaliações (sic). Recebem visitas da Unidade Básica de Saúde de referência e contam com uma parceria para tratamento de doenças clínicas, tais como hipertensão e diabetes.

Na UAA, serviço que integra o **componente residencial transitório**, cabe à coordenação do serviço articular ações junto aos outros pontos de atenção, a fim de efetivar o PTS dos moradores, que é desenhado junto com o CAPS ad no momento em que eles são inseridos no serviço.

O serviço observado foi inaugurado em 2015, administrado pela mesma ONG que administra os CAPS. Tem uma coordenadora ligada à SMS e um cuidador-líder ligado à ONG. Este último realiza as compras da casa (feira, material de uso pessoal, material de limpeza), bem como é o responsável pelo acompanhamento administrativo da UAA.

Essa divisão de trabalho causa alguns impasses, pois cabe à gestão pública o alcance dos objetivos propostos, porém a coordenadora da unidade parece não ter gerência sobre os recursos humanos contratados e realiza um controle do que é disponibilizado pela ONG, através de planilhas de compras.

Existe uma equipe de cuidadores de nível médio e outra de nível universitário, composta por 3 profissionais, conforme prevê a normativa. Supõe-se que o convívio diário com estes moradores possibilite a pactuação e contratualização de ações e identificação de pontos relevantes para a recuperação/restabelecimento dos usuários.

No entanto, após contato com os profissionais, percebe-se que a equipe da UAA não se sente co-produtora do PTS e realiza as suas atualizações de maneira tímida.

Segundo a normativa federal, a UAA deve realizar: acolhimento humanizado, atividades terapêuticas e coletivas; desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o PTS; atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros; oficinas terapêuticas; atendimento e atividades sociofamiliares e comunitárias. (BRASIL, 2017a)

Ademais, devem promover atividades de reinserção social, articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda (BRASIL, 2017a).

Os entrevistados referiram fácil acesso aos CRAS e CREAS e que são oferecidos cursos profissionalizantes por instituições da Prefeitura da cidade, no entanto, são os usuários que procuram estas ofertas, por iniciativa própria.

*“[...] quando eles chegam ao serviço fazemos a recepção, apresentamos as regras de convivência e referimos nossa disponibilidade para o alcance dos objetivos do PTS”*

Os usuários foram encontrados ociosos; houve relato de trabalhadores que afirmavam que alguns moradores chegavam na casa sob efeito de SPA. Observamos que um deles estava saindo sozinho para “tomar vacina” na unidade de saúde, visivelmente alcoolizado, e informou que depois iria procurar emprego. Relatou, à pesquisadora, sua frustração por não estar trabalhando.

Segundo dados coletados no prontuário, este morador tem transtorno mental associado ao abuso de SPA e repetidamente tinha suas expectativas frustradas. Talvez se algum técnico da UAA desempenhasse o papel de acompanhante

terapêutico, as suas investidas na busca por emprego pudessem surtir algum resultado diverso do já alcançado.

Restituir o poder contratual (KINOSHITA, 2001) é necessário para muitos dos usuários de saúde mental em vários momentos de suas vidas. Em geral são estigmatizados pela sua aparência e por seus hábitos de vida, e cabe aos cuidadores/profissionais de saúde poder acompanhá-los, orientando no caminho da reabilitação.

Lancetti (2006, p. 19) propôs uma clínica fora do consultório, sobretudo destinada a pessoas que “[...] não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais”, uma clínica em movimento. Estar à disposição é transcender a relação da clínica enquanto *setting terapêutico*, é ir ao encontro, é ser peripatético!

Recentemente a ONG que administra a UAA decidiu suspender o fornecimento de material de higiene pessoal individualizado (xampu, condicionador, sabonete etc.) aos moradores “*porque desperdiçavam ou trocavam por drogas*” (sic)

Supõe-se que os profissionais da UAA deveriam singularizar o acontecimento a fim de problematizá-lo com os moradores, estimulando sua autonomia e responsabilização sobre seus pertences e seu cotidiano na moradia. Esse tipo de conduta reedita rotinas manicomiais com o risco de institucionalização dos moradores negando aos usuários o exercício de uma cidadania possível durante sua estadia na unidade.

Antes da negação, da retaliação, deve-se exercitar a responsabilização por atos cometidos, somente assim estaremos de fato trabalhando a reabilitação psicossocial (PITTA, 2001; SARACENO, 2001).

A RAPS somente consegue ser substitutiva aos hospitais psiquiátricos se o compromisso com a desinstitucionalização estiver presente no dia-a-dia dos serviços de saúde mental, através de práticas desburocratizadas e de clínica ampliada, no sentido de acolher a existência-sofrimento<sup>18</sup> em todas suas vicissitudes (ROTELLI; LONARDIS; MAURI, 2001)

No que se refere à **articulação em rede**, os SRT e a UAA articulam-se mais com as unidades de saúde e CAPS do território. Esse achado corrobora com a função e os objetivos dos serviços propostos pelas normativas federais, devendo estar articulados com a atenção básica. Não houve relato de envio a hospitais psiquiátricos

---

<sup>18</sup> Para saber mais sobre essa discussão acessar NICÁCIO (org), 2001.

ou CTs. As situações de agitação ocorrem raramente e são resolvidas no próprio serviço.

Tanto a UAA quanto a eCR acessam dispositivos públicos de busca por trabalho. Em geral fazem parceria com a Fundação Municipal de Formação Para o Trabalho (FUNDAT), a fim de encaminhar os usuários para cursos de qualificação ou vagas de trabalho existentes, que são articuladas por esta Fundação.

O fomento de espaços de gestão coletiva/colegiada poderia potencializar as ações que já ocorrem na RAPS, hoje de maneira fragmentada. Houve, há alguns anos, a implantação da Roda REAPS, com a presença dos trabalhadores de todos os CAPS (ARACAJU, 2015).

Campos (2000) descreveu o método da roda como um método de conformação de coletivos que, ao mesmo tempo em que discutiam o seu processo de trabalho, se conformariam enquanto sujeitos.

Mais do que mecanismos de controle, o que gera mudanças nos processos de trabalho são os compromissos assumidos pelos trabalhadores implicados (CAMPOS, 2000).

### 8.3. PONTOS FORA DA REDE

No percurso do trabalho de campo nos deparamos com alguns serviços e programas oferecidos pela cidade de Aracaju que não estavam contemplados no desenho da RAPS estudada, apesar de alguns estarem prescritos desde 2013. São: Programa de Redução de Danos (PRD), hospitais psiquiátricos e CTs.

Primeiro, no que diz respeito ao **PRD** implantado em Aracaju desde 2004, que apesar de atualmente não estar prescrito em nenhuma normativa federal, recebeu anteriormente forte fomento e incentivo de suas ações, através da Escola de Redutores de Danos quando foi lançado o Plano Crack (BRASIL, 2013).

Em Aracaju o PRD chegou a contar, em 2013, com 17 redutores contratados e hoje é formado por 6 redutores. No entanto, no desenho da RAPS até 2016 o PRD não estava inserido em nenhum ponto de atenção, sendo entendido como ação territorial e matricial à RAPS.

Segundo Relatório Anual de Gestão ano 2015 (ARACAJU, 2016):

Com o Programa de Redução de Danos (PRD) foram realizados mais de 24.672 acessos junto a pessoas que fazem uso de drogas e profissionais do sexo. Deste total de acessos, os tipos de drogas de que referem uso são: 18.034 - álcool, 13.688 - tabaco, 8.383 - maconha, 3.957 - cocaína, 2.377 – crack, 107 – thiner/cola, 49 – anabolizantes e 43 – outras drogas. Deste total, também foi possível mensurar que 2.337 acessos foram realizados a pessoas que não fazem uso de drogas, 1.758 foram a pessoas que estavam sem situação de rua e 5.443 às profissionais do sexo. Pela equipe de Redução de Danos foram realizados 939 encaminhamentos efetivos, ou seja, que o redutor acompanhou o usuário até o serviço necessário, seja da saúde ou da Assistência Social. A equipe realizou também 265 ações de Apoio Matricial Junto à Atenção Primária, 84 articulações/visitas e reuniões com os CAPS, 115 articulações/visitas e reuniões com os parceiros intersetoriais (Guarda Municipal, Assistência Social, Educação, etc.) e realizou 618 rodas de conversas e oficinas com os usuários. (ARACAJU, 2016, p. 43).

A estratégia de redução de danos tem sido questionada pela atual coordenação nacional de saúde mental do MS, que ampliou acesso dos usuários a serviços que focam a atenção na abstinência das drogas, tais como as CTs e leitos psiquiátricos. Tem sido divulgado, em fóruns nacionais e regionais de psiquiatria, que “estratégias de tratamento não serão mais baseadas apenas em RD, mas incluirão também ações de Promoção de Abstinência, Suporte Familiar e Social e promoção à saúde” (informação verbal<sup>19</sup>).

Porém, em Aracaju, a redução de danos continua sendo o norteador da postura ético-política na atenção às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

Outro ponto que destacaremos são as internações em **CTs**. Não há registro nem acompanhamento destas ocorrências, porém foram citadas, tanto nos serviços hospitalares em hospital geral, quanto no CAPS ad.

Mediante revisão narrativa de literatura, Schneider et al. (2016) demonstraram que, para o efetivo tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, em especial o crack, há que se lançar mão da reabilitação psicossocial através de ofertas que contemplem a redução do estigma, reinserção social e programas de moradias e trabalho.

Schneider e outros (2016, p. 43) ressaltam que “[...] apesar de um maior ajustamento psicossocial se encontrar entre as variáveis que se relacionam a

---

<sup>19</sup> Apresentação do Dr. Quirino Cordeiro Junior (coordenador nacional de saúde mental) durante visita em Aracaju em 8 jun. 2018.

tratamentos efetivos para o usuário de crack, as CTs adotam uma postura de isolamento do usuário de drogas da sociedade”.

Devemos dizer que a área de atenção ao usuário de álcool e outras drogas é repleta de estigma e preconceito e que ações includentes para este público não fazem parte das prioridades dos gestores de saúde.

A partir de 2013 houve forte indução do governo federal, com o lançamento do programa “Crack - É Possível Vencer. A inclusão das CTs sempre foi uma ação controversa, porém há a necessidade de ampliar as ofertas de cuidados para aqueles que solicitam, como necessidade de saúde, afastar-se do meio social por um período.

Schneider (2016) sugere que os serviços devem ser avaliados quanto à sua estrutura física e funcionamento e devem ter como meta a sua modificação quanto à proposta de cuidado no sentido de oferecer, por exemplo, acompanhamento terapêutico após a saída destes usuários. No entanto, a autora alerta que estas entidades oferecem tratamento pautado no trabalho, espiritualidade e convivência entre os internos, sendo a reinserção social uma ação atrofiada.

Apesar das CTs estarem previstas na RAPS, em Aracaju a decisão política foi isolá-las. Se por um lado a gestão municipal tratou de investir em serviços de atenção psicossocial, por outro deixou de olhar para esta parcela de pessoas que buscam as CT, a fim de identificar qual demanda este serviço está suprimindo, buscando avaliar se haveria um diálogo com as diretrizes da RPB, ou mesmo se o gestor municipal poderia definir os PTS destas instituições por meio de pactuações possíveis.

Os **hospitais psiquiátricos** passaram a conformar a RAPS com a Resolução CIT nº 32/2017. Assim, não realizamos observação dos leitos contratados pelo município. São oitenta leitos, sendo 10 para álcool e outras drogas. Em 2001 eram 199 leitos e sofreram redução ao longo da implantação da rede de serviços de saúde mental. As internações de residentes de Aracaju na clínica contratada também reduziram ao longo dos anos, supostamente devido à oferta de leitos em CAPS III.

Em 2016, os CAPS III realizaram 182 acolhimentos noturnos em 36 leitos e 124 AIHs aprovadas no mesmo ano na clínica privada (61 internamentos). Em 2008, o número de internações em clínica psiquiátrica chegou a 396 internamentos de residentes em Aracaju, segundo dados do DATASUS. Isso demonstra que a RAPS, de alguma maneira, tem sido resolutiva na redução de internações psiquiátricas, em números absolutos.

## 9 CONCLUSÕES

Este estudo evidenciou que a política de saúde mental prescrita se traduz apenas parcialmente nas ações de implantação e implementação da RAPS na cidade de Aracaju de junho de 2017 a junho de 2018. Discorreremos sobre as distâncias existentes entre as normativas e o que foi implantado pela política de saúde mental municipal, RAPS.

Nos Componentes da Atenção Psicossocial Especializada, os CAPS, há uma distância entre o prescrito e o real, principalmente no que diz respeito à composição e quantitativo de equipes de saúde, educação permanente, estrutura física dos serviços e ofertas de ações de reinserção social.

Com relação ao processo de trabalho, seguem mantendo a utilização de projetos terapêuticos, técnicos de referência e acolhimento como matriz para gestão da clínica psicossocial desde 2002.

O estudo sugere que a articulação em rede aconteça, porém de maneira não institucionalizada o que aponta para a necessidade de implantação de fóruns permanentes de articulações e pactuações entre trabalhadores.

Os serviços do Componente de Atenção Psicossocial Especializada estão implantados, porém seguem parcialmente as prescrições federais, sobretudo no Componente Hospitalar, de Urgência e Emergência e Residencial Transitório que não apresentou nenhuma ação voltada às CTs, apesar de terem sido citadas como demandadas por familiares e usuários.

Os leitos de psiquiatria em clínica especializada estão contratualizados, porém não integram a RAPS como foco que prioriza internações em leitos de CAPS III e enfermarias em hospital geral. Seguramente tiveram suas diárias elevadas, conforme regulamentou a nova política de saúde mental pós 2016.

Se por um lado a Portaria nº 3088/2011 inseriu a saúde mental no dia-a-dia das ações de saúde de várias outras áreas técnicas,<sup>20</sup> talvez facilitando a intrassetorialidade e garantia de acesso às pessoas com transtorno mental e usuários

---

<sup>20</sup>Até 2006 a gestão e gerência de todos os pontos de atenção da RAPS estava sob responsabilidade da coordenação municipal de saúde mental que fazia os agenciamentos necessários com as demais redes assistenciais, inclusive oferecendo e recebendo apoio matricial especializado quando necessário. Atualmente por exemplo: as equipes de Consultório na Rua (eCR) estão ligadas à rede de atenção básica, enfermarias especializadas em hospital geral estão sob gestão da rede de urgência e emergência.

de álcool e outras drogas, por outro lado pode ter dificultado a gestão do cuidado, demandando maior articulação entre os trabalhadores das redes e pontos de atenção envolvidos, maior comunicação entre os coordenadores e gestores, e uma gestão compartilhada de casos, que necessita de fóruns privilegiados para que seja feita a costura de todo processo, garantindo a linha do cuidado com integralidade.

As ações regulamentadas até o momento pelo MS não apontam para uma substituição de leitos manicomiais por leitos em hospital geral. Pelo contrário, o MS afirma que o Brasil tem cobertura deficitária de leitos psiquiátricos. Segundo dados oficiais, a taxa de cobertura de leitos/habitantes está abaixo do preconizado pelo próprio MS, que é de 0,45 leitos por 1.000 habitantes, repercutindo na qualidade do impacto da política pública de saúde mental (BRASIL, 2018).

Deste modo, ao contrário do que acontecia anteriormente, os leitos de longa permanência não serão fechados após a saída dos moradores, devendo ser utilizados para manutenção do parque hospitalar psiquiátrico existente.

Segundo Censo realizado em hospitais psiquiátricos de São Paulo, foram identificados mais de 6.000 pacientes com internações com duração maior que 12 meses (BARROS et. Al, 2014). Muitas vezes, são leitos em péssimas condições sanitárias e sem projetos terapêuticos definidos pelos hospitais e equipes.

Quanto aos leitos em hospitais gerais, foi alterada a gradação do número de leitos, bem como a composição da equipe. A equipe foi reduzida, no que se refere à enfermagem e demais profissionais de nível superior. Foi ampliada a necessidade de médico especialista em psiquiatria, o que pode acarretar dificuldades em cidades mais afastadas das capitais e com menor desenvolvimento econômico.

De antemão, sabemos que haverá dificuldades para ampliação da oferta de novas enfermarias em hospitais gerais e para manutenção de leitos já existentes, que tiveram o prazo de 12 meses para adequarem seu quadro de pessoal.

A carência de médicos especialistas também foi identificada tanto em ambulatórios de psiquiatria, quanto nos demais pontos da RAPS. Um recente levantamento demográfico demonstrou que, ao analisar a taxa de psiquiatra por 100.000 habitantes, foi encontrado um índice muito baixo deste especialista, em comparação com a mesma taxa em outros países (SCHEFFER et al., 2018).

Além disso, este estudo também ressalta que há uma distribuição desigual dos médicos pelo Brasil, ficando em sua maioria concentrados em regiões metropolitanas e mais desenvolvidas. A formação de médicos no Brasil vem aumentando, porém a

maioria não tem título de especialista ou residência médica. Muitos clínicos gerais atuam na atenção psicossocial sem ter ainda o título de especialista em psiquiatria (G1, 2012; AGÊNCIA BRASIL, 2018; SCHEFFER, M. et al., 2018).

Pode-se afirmar, com base nos resultados obtidos, que a política de saúde mental de Aracaju tem a autonomia dos usuários como ponto de chegada no caminho para a reabilitação psicossocial. Priorizam ações coletivas que fomentem a liberdade individual e a produção de saúde, a fim de garantir que cada usuário possa encontrar sua forma de “caminhar na vida” com o apoio dos serviços e dos trabalhadores de saúde mental.

## 9.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao fim deste processo, cabe levantar fortalezas, fragilidades e desafios do estágio atual do processo de implantação da RAPS no município de Aracaju.

Como grande **fortaleza**, ressaltamos que os gestores que idealizaram o desenho da rede de saúde mental estavam envolvidos com os pilares da reforma sanitária e psiquiátrica, no que se refere ao cuidar em liberdade, estímulo à cidadania e busca pela reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais.

A RAPS teve a possibilidade de encontrar terreno fértil, semeado de pessoas comprometidas com a mudança de paradigma manicomial justo, a partir dos anos 2000, época de ouro da RPB, quando o MS mais incentivava financeiramente redes substitutivas. O município não perdeu a oportunidade, a fim de implantar todos os pontos de atenção possíveis e, também, aqueles que ainda não tinham regulamentação como o PRD e ambulatorios de saúde mental.

Após 15 anos de implantação, a rede encontrou sua maturidade acompanhada de trabalhadores que, apesar de carentes de momentos de reflexão sobre suas práticas, seguem orientados para a práticas de reinserção social, ampliação da autonomia e cidadania dos usuários atendidos.

Cinco dos seis CAPS existentes na cidade, por serem CAPS tipo III, responsabilizam-se pela atenção à crise e buscam resolvê-las no próprio serviço, o que é uma ação esperada em serviços substitutivos de saúde mental.

Para enfrentar as dificuldades com a estrutura física carente de adequações, os serviços buscam parceiros e locais externos, a fim de ofertar momentos de

sociabilidade e grupalidade – quadras, praças, praia, parques, oficinas de arte e reciclagem...

O CAPS ad, superlotado, tenta sobreviver em meio ao turbilhão de usuários em situação de rua e usuários de crack que demandam, cada vez mais, benefícios sociais impossíveis para eles. Articula-se com o Centro de Referência em Assistência Social para população de rua (CREAS Pop), unidade de acolhimento de adultos, abrigos, FUNDAT... O mesmo caminho segue o CAPS ad i III.

Os novos dispositivos de cuidados inaugurados em função da RAPS, tais como unidades de acolhimento, CAPS III ad, enfermaria em hospital geral, inserem-se no contexto da Reforma Psiquiátrica e, para isso, as práticas de desinstitucionalização devem ser cotidianas. A tentação de agir como se detivéssemos a tutela dos usuários é constante. Equipes sem educação permanente, carentes de momentos de reflexão sobre sua prática e de supervisão atenta de gestores tendem a reproduzir práticas manicomiais que seguem cristalizadas no inconsciente de quem está na linha de frente.

No entanto, a RAPS tem um tendão de Aquiles. Sua maior **fragilidade**, a nosso ver, está nos seus Componentes Hospitalar e de Urgência e Emergência, através das enfermarias especializadas, em Hospital Geral e da Urgência Mental. Estes serviços parecem ter sido os mais prejudicados, ao longo dos anos.

A contratualização com entidades privadas ou filantrópicas precisam de metas claras de atenção psicossocial, seguindo a gestão do cuidado para a reabilitação psicossocial, de modo a contemplar grupos terapêuticos e PTS integrados com os CAPS, para que o processo seja como um continuum na assistência prestada.

Para que as internações sejam breves e resolutivas, estes preceitos são fundamentais. Caso contrário, as internações somente servirão para isolar e “guardar” os pacientes por um tempo. Infelizmente os pontos de atenção dos componentes de urgência e emergência e hospitalar não demonstraram o compromisso com a cidadania e com o respeito aos direitos dos usuários, conforme prevê a legislação em saúde mental.

Outra fragilidade sentida refere-se aos mecanismos de avaliação e controle dos contratos com Hospital Psiquiátrico e com o HG. Mesmo que o uso dos leitos para residentes em Aracaju seja menor que 20% do total, nada justifica conviver com serviços oferecidos nas condições manicomiais que foram evidenciadas na rede pública que pretende ser antimanicomial. Caberia ao município de Aracaju contribuir

com a reforma psiquiátrica de Sergipe, não permitindo que os leitos contratados para assistência psiquiátrica persistissem reproduzindo a lógica manicomial.

Em relação ao objeto de atenção da UAA, é um ponto de atenção que parece não ter a visão nítida do sentido de sua existência, enquanto responsável pela articulação do processo de reinserção social, e acaba servindo apenas como moradia temporária. Apesar de estar no “Componente Residencial Transitório”, se a sua missão não incluísse a reabilitação psicossocial dos moradores, não faria sentido a contratação de três profissionais de nível superior totalizando 56h semanais, conforme prevê as normativas.

Não basta oferecer profissionais e colocar-se à disposição para ajudar. A UAA foi pensada para reforçar ações dos CAPS ad no território com estratégias de autocuidado, reinserção no mundo do trabalho, moradia, assistência social, articulação de rede etc. Cabe à gestão pública o acompanhamento dos serviços prestados pela ONG, de modo a alcançar os objetivos do serviço.

Pesquisas de satisfação com usuários e familiares vinculados aos CAPS, talvez nos mostrassem que dizer-se “disponível” para ajudar não é suficiente para o grau de carências e necessidades destas pessoas. Estar disponível deve consistir em tomar a iniciativa, não esperar ser chamado a ajudar. Estar disponível é perceber a incapacidade ou inadequação dos usuários à sociedade contemporânea e suas exigências e tentar mediar esta relação de contratualidade.

É o serviço e a política de saúde que devem adaptar-se à realidade de adoecimento mental dos usuários, não o contrário. As ofertas de atividades devem ter uma lógica sintonizada com as reais demandas e necessidades de saúde dos usuários, desde o acolhimento.

A noção de cidadania que permeou a construção dos fundamentos da RPB foi a de cidadania como construção democrática, participação social e constituição de sujeitos/atores políticos que reivindicam pertencimento ao sistema político.

Esta cidadania deveria ser sempre estimulada e perseguida pelos operadores das práticas libertadoras e de reinserção social dentro dos serviços de saúde mental. O componente Reabilitação Psicossocial da RAPS está limitado às raras iniciativas de geração de renda que também não receberam o devido incentivo federal, apesar dos dois projetos encaminhados desde 2015, uma realidade ainda muito aquém da necessidade (ARACAJU, 2016). Já em Sergipe, foram listadas 18 iniciativas no Cadastro Nacional de Iniciativas de Geração de Renda em 2015 (BRASIL, 2016).

Mesmo com amplo processo de contratualização previsto nas normativas ministeriais após o Decreto nº 7508/2011, que regulamentou a regionalização e contratualização de redes prioritárias, as municipalidades que pactuaram a RAPS e seus pontos de atenção também mantiveram contratos com hospitais psiquiátricos e ambulatórios especializados, que não estavam contemplados no desenho de Rede da Saúde Mental proposto pelo MS.

Tomando Aracaju e Sergipe como exemplos, sabe-se que existem ambulatórios de saúde mental espalhados em quase todos os municípios onde existem CAPS, além de contrato com clínica psiquiátrica privada que recebe financiamento conjunto das esferas municipal e estadual de Sergipe.

Aracaju implantou Referências Ambulatoriais na Atenção Primária desde 2002. Inicialmente eram equipe chamadas de “itinerantes” de saúde mental, que faziam atendimentos conjuntos com os médicos e a equipe do PSF. Depois, esta iniciativa passou a compor a RAPS através de apoio matricial ofertado pelas equipes de CAPS junto com equipes de saúde mental na atenção básica.

Eram quatro ambulatórios, chamados de Referências, com um psiquiatra e dois psicólogos. Esta oferta foi sendo ampliada ao longo dos anos e passou a compor o componente da Atenção Primária da RAPS, com a presença de uma referência técnica (RT) ligada à coordenação da Rede de Atenção Primária em Saúde (REAPS), que recrutava e lotava os profissionais, além de realizar capacitações e discussões sobre a linha do cuidado em saúde mental na atenção básica (ARACAJU, 2015).

Apresenta-se como **desafio** a necessidade de qualificação dos pontos de atenção, em especial o componente hospitalar e residencial transitório, para que efetivamente possam contribuir com a reabilitação psicossocial dos usuários, servindo como ponto de apoio e ações menos institucionalizantes e mais libertadoras.

Os momentos de encontro entre trabalhadores e a gestão precisam ser estimulados, mas não somente na letra de planos municipais de saúde. As rodas precisam funcionar como espaços de gestão democrática e coletiva, a fim de reacender o compromisso de todos os trabalhadores com a RPB, entendendo que ela se faz em processo, em ato.

Nota-se a urgente necessidade de resgatar a educação permanente como espaço de formulação de políticas e de pactuação de caminhos a serem seguidos. Poderiam ser inauguradas rodas de educação permanente sobre como realizar a supervisão dos leitos psiquiátricos, como integrar as ações de CAPS com a oferta de

ambulatórios especializados, como integrar o CAPS ad e a Unidade de Acolhimento, como participar mais ativamente do CR, realizando ações no campo/território... Várias destas questões são foco do cotidiano dos serviços e nós críticos na gestão da rede, que podiam ser desatados com a participação coletiva e conjunta de trabalhadores e gestores.

O acompanhamento da implantação e do funcionamento dos serviços da RAPS demandam supervisão contínua dos gestores e educação permanente para as equipes. Mais que isso, são necessários espaços de escuta dos trabalhadores e de avaliação do que foi contratado com entidades filantrópicas, ONGs e entre servidores municipais.

Esta ação poderia contribuir para análise de trajetória e possível mudança de prioridades, a fim de gerar maior impacto na política de saúde, na reabilitação dos usuários atendidos.

A PAS confeccionada em 2017 para o exercício 2018 (ARACAJU, 2017), tem como um dos objetivos gerais a melhoria na qualidade da assistência na RAPS. Pressupõe atividades como: retomar o matriciamento de saúde mental na atenção básica, construção intersetorial do Plano Municipal de Cuidado à População em Situação de Rua, implantar ambulatórios de saúde mental para adultos e crianças nas unidades de saúde da família, fortalecer fluxos de referência e contrarreferência, oferecer atividades de educação permanente (pelo menos 4, ao ano), realizar reuniões/rodas entre os serviços da RAPS e demais redes, manutenção dos CAPS terceirizados e implementar regulação de leitos hospitalares.

Todas estas atividades precisam estar organizadas, de modo a colaborar com a implementação de um modelo de política pública que ainda necessita dialogar com as mentalidades que carregam o manicômio mental e estigmatização da clientela de pessoas com transtorno mental e abuso de SPA.

Esperamos que a RAPS siga potente e priorizada por gestores sensíveis às reais necessidades de saúde da população, e que rodas com trabalhadores e usuários se multipliquem para garantir que não estamos perdidos nesta trajetória.

Uma política pública se faz com reafirmação cotidiana de seus princípios, perseguindo diuturnamente indicadores de qualidade que devem ser construídos com a presença dos maiores interessados: usuários, familiares e trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **Não à privatização do CAPS David Capistrano em Aracaju**. 2016. Disponível em: <<http://abrasco.org.br>> Acesso em: 15 jul. 2018.
- ABRASME. **ABRASME diz não à privatização do CAPS David Capistrano Aracaju**. 2016. Disponível em: <[http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=282](http://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=282)>. Acesso em: 10 jul. 2018.
- AGÊNCIA BRASIL. **Número de médicos cresce mais de 600% em 5 décadas: má distribuição persiste**. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/numero-de-medicos-cresce-mais-de-600-em-5-decadas-ma-distribuicao-persiste>>. Acesso em: 30 jul. 2018.
- ALMEIDA, J.M.C; HORVITZ-LENNON, M. An overview of Mental Care Reforms in Latin America and Caribbean. **Psychiatric Services**, v. 61, n. 3, p. 218-221, 2010.
- ALVAREZ, M.L. **Ten Important References in Psychosocial Rehabilitation**. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, Vol. 7, 2011, p. 9-14. Disponível em: <[http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS\\_7\\_eng\\_9-14.pdf](http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_7_eng_9-14.pdf)> Acesso em: 16 jul 2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, P. NUNES. M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23, p. 2067-2074, 2018.
- ANASTÁCIO, C.C.; FURTADO, J.P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiros Saúde Mental**, Florianópolis: v.4, n.9, p. 72-83, 2012.
- ANTHONY, W. Recovery from Mental Illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Journal**, v.16, n. 4, p. 11-23, 1993.
- ARACAJU. Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013. 2012. Disponível em: <<http://sargsus.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jul. 2018.
- ARACAJU. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017. 2014. Disponível em: <<http://sargsus.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jul. 2018.
- ARACAJU. Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. 2017a. Disponível em: <<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.
- ARACAJU. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE 2018. **SARGUS**. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. 2017b. Disponível em: <<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.
- ARACAJU. **Relatórios de Gestão 2012**. Disponível em: <<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

ARACAJU. **Relatórios de Gestão 2013**. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

ARACAJU. **Relatórios de Gestão 2014**. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

ARACAJU. **Relatórios de Gestão 2015**. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

ARACAJU. **Relatórios de Gestão 2016**. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde Soc**, São Paulo, v.23, n.4, p. 1235 -1247, 2014.

BASAGLIA, F. **A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas – sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papyrus, 1996.

BOURDIEU. P.; CHAMBOREDON J.; PASSERON J. **Ofício de sociólogo**. Metodologia da pesquisa na sociologia. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. 6. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BECKER, H. **Métodos de pesquisas em ciências sociais**. Tradução: Marco Estevão, Renato Aguiar. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.2001c. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em: 30 de ago. de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 /**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, janeiro de 2007. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)> Acesso em: 21 de out de 2015.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de

Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://planalto.gov.br>  
Acessado em 3 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (revogada)**. 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, Brasília, 2011a. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html)  
Acesso em: 16 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília, janeiro 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_fronteras\\_reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf)  
Acesso em: 21 de out de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 148, De 31 De Janeiro De 2012 (Revogada)**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)  
Acesso em: 30 de set. 2016

BRASIL. Governo Federal. Portal Brasil. **Crack, é possível vencer: enfrentar o crack; compromisso de todos**. 2013. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>  
Acesso em: 20 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/SGEP. **Painel de Indicadores do SUS nº 8**. Regionalização da Saúde. v.5, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília. Maio, 2016, 143 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015---.pdf>  
Acesso em: 23 de jul. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria De Consolidação Nº 3, De 03 De Outubro De 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2017a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)  
Acesso em: 16 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria De Consolidação Nº 5, De 28 De Setembro De 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasil, 2017b. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>  
Acesso em: 16 de jul. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria De Consolidação Nº 6, De 28 De Setembro De 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, 2017c. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017\\_com p. htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017_com_p.htm)> Acesso em: 16 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3588, De 21 De Dezembro De 2017** . Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasil, 2017d. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)> Acesso em: 16 de jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite, 2017e. DOU de 22/12/2017 (nº 245, Seção 1, pág. 239). Internet [acesso 23 jul 2018]. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_27593248\\_RESOLUCAO\\_N\\_32\\_DE\\_14\\_DE\\_DEZEMBRO\\_DE\\_2017.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas**. Saúde Para Você; Saúde Mental; Ações e Programas; Rede de Atenção Psicossocial (Raps) [internet]. Última atualização em Sexta, 18 de Maio de 2018, 16h53 [acesso 23 jul 2018]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psiocossocial-raps>

CAMPOS, G. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: idade de ouro do alienismo. Tradução Maria Tereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECÍLIO, LCO. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a Construção de Redes Temáticas de Saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciências & Saúde Coletiva**, v.17 n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **COREN/SE consegue efetivar a contratação de profissionais nos CAPS**. 2012. Disponível em:<[http://www.cofen.gov.br/corense-consegue-efetivar-a-contrataao-de-profissionais-nos-caps\\_8482.html](http://www.cofen.gov.br/corense-consegue-efetivar-a-contrataao-de-profissionais-nos-caps_8482.html)>. Acesso em: 03 ago. 2018.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabeleceu as Diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://www.imprensanacional.gov.br>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. 2011. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br>>. Acesso em: 22 de jul. 2018.

CORTINA, A. **Aporofobia**. 2000. Disponível em: <<http://elpais.com>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentoos à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**, v.3, n. 2, p. 1-14, 2009.

CRP. **Terceirização do CAPS David Capistrano é pauta de reunião entre CRP19 e regulador do serviço**. 2016. Disponível em: <[http://www.crp19.org.br/noticias/pag\\_not\\_88.html](http://www.crp19.org.br/noticias/pag_not_88.html)>. Acesso em: 10 jul. 2018.

DAGNINO, E. Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. **Política & Sociedade**, n. 5, p. 139-164, 2004.

DALLARI, S. G. **O direito à saúde**. Rev. Saúde públ., São Paulo, 22(1): 57-63, 1988.

DELGADO, P. G.G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.

DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, 2009.

ESTADÃO. **Desemprego entre jovens no Brasil tem maior taxa em 27 anos, diz OIT**. 2017. Disponível em: <<https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,desemprego-entre-jovens-no-brasil-tem-maior-taxa-em-27-anos-diz-oit,70002091029>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

EVANS-LACKO, S. et al. Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. **BMC Health Services**, 2012, 12:489. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/489>>. Acesso em: 10 set. 2016.

FARKAS, M. The Vision of recovery today: what it is and what it means for services. **World Psychiatry**, v.6, n.2, p. 4-10, 2007. p. 4-10.

FARKAS, M.; CAGNE, C. ; ANTHONY, W. ; CHAMBERLIN, J. A implementação de programas orientados para o recovery: domínios cruciais. In: ORNELAS, J.; MONTEIRO, F.J.; MONIZ, MJV.; DUARTE, T. (Org.). **Participação e Empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. p. 19-44.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Governo eleva pagamento por longa internação em hospital psiquiátrico.** 2018. Disponível em < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/governo-eleva-pagamento-por-longa-internacao-em-hospital-psiquiatrico.shtml> > Acessado 28 ago. 2018.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica.** Tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** Tradução José Teixeira Neto. São Paulo: Perspectiva, 2008.

G1. **Quase metade dos médicos no Brasil não tem especialidade.** 2012. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2012/12/quase-metade-dos-medicos-no-brasil-nao-tem-especialidade.html>>. Acesso: 14 jul. 2018.

G1. **Perícia conclui que Dilma não participou de pedaladas fiscais.** 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2016/06/pericia-conclui-que-dilma-nao-participou-de-pedaladas-fiscais.html>. Acesso em: 15 jul. 2018.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, N. N.; PEREIRA, A. P. **Necessidades do capital versus necessidades humanas no capitalismo contemporâneo: uma concepção desigual.** Argumentum, v.5, n.1, p. 50-65, 2013.

GRONHOLM, P. C.; HENDERSON, C. et al. **Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of art.** Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol, 2017.

GUBA, E.G. et al. Competing paradigms in qualitative research. **Handbook of qualitative research**, v. 2, n. 105, p. 163-194, 1994.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park: Sage Publications. 1989. Disponível em: <[https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=+Fourth+generation+evaluation&author=GUBA+E.&publication\\_year=1989](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=+Fourth+generation+evaluation&author=GUBA+E.&publication_year=1989)>. Acesso em: 10 out. 2016.

GULJOR, A.P. ; AMARANTE, P. **Movimentos Sociais e luta antimanicomial: contexto político, impasses e agenda prioritária.** Cadernos CEAS, n. 242, p. 635-656, 2017.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** Petrópolis, Vozes, 2013, 223p.

IVO, A.B.L. O ajuste neoliberal contra a democracia social: o contexto de 2015-2016, no Brasil. **Caderno CEAS**, n. 243, p. 32-57, 2018.

JACOBSON, N.; GREENLY, D. What Is Recovery? A conceptual Model and Explanation. **Psychiatric Services**. v. 52, n. 4, p. 482-485, 2001. Disponível em: <[www.ps.psychiatryonline.org](http://www.ps.psychiatryonline.org)> Acesso em: 10 set. 2016.

JACOUD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean; et alii. **A pesquisa qualitativa**. Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2014, p. 254-294.

JUNIOR, N.N.G.; PEREIRA, P.A.P. Necessidades do capital versus necessidades humanas básicas no capitalismo contemporâneo: uma competição desigual. **Argumentum**, v. 5, n. 1, jan./ jun. 2013, p. 50-65.

KINOSHITA, RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

KURZ, R. **Perdedores globais**. In: \_\_\_\_\_. Os Últimos Combates. Petrópolis: Ed. Vozes, 1998. p. 135-141.

KURZ, R. **SERES HUMANOS NÃO RENTÁVEIS**. Ensaio sobre a relação entre história da modernização, crise e darwinismo social neo-liberal. 2006. Disponível em: <<http://www.obeco-online.org/rkurz254.htm>> Acesso em: 16 de maio de 2016.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. Saúde Loucura 20. Políticas do Desejo 1. São Paulo: Hucitec, 2006.

LANCETTI, A. **Contrafissuras e plasticidade psíquica**. Saúde Loucura 50. Política do Desejo 5. São Paulo: Hucitec, 2015.

MASCAYANO, F. et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2016, v.38, n. 1, 2016.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MONNERAT, G.L.; SOUZA, R.G. Intersetorialidade e Políticas Sociais: um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T; SOUZA, R. G (Org.) **A Intersetorialidade na Agenda das Políticas Sociais**, Campinas: Papel Social, 2014. p. 41-54.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 101-108, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al, **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Aderaldo&Rothschild Editores, 2008, p. 27-77.

PAUGAM, S. (Coord.). **A Pesquisa Sociológica**. Tradução de Francisco Morás. Petrópolis: Vozes, 2015.

PEREIRA, P. A.P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000. p. 15-55.

PEREIRA, P. A.P. A intersectorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat. G.L. ALMEIDA, N.L.T; SOUZA, R.G. **A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 23-39.

PIAT, M. et al. What Does Recovery Mean for Me? Perspectives of Canadian Mental Health Consumers. **Psychiatr Rehabil J**, v. 32, n. 3, p. 199-207, 2009.

PITTA, A. O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

PITTA, A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p. 4579-4589, 2011.

PITTA, AMF et al (Org). **AVALIAR-CAPS**: Avaliação da qualidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial nos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Sergipe, UCSAL, 2014, 93p.

PITTA, AMP et al (Coord). **AVALIAR-RAPS, Projeto UCSAL/UFBA/UEFS - FAPESB**, mimeo, 2017.

PREFEITURA DE ARACAJU. **Prefeitura inaugura unidade de acolhimento para usuários de drogas**. 2016. Disponível em:<<http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=68209>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

ROTELLI, F.; LONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados. In.: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 17-59.

SANCHES FILHO, A O. Políticas Sociais. In: IVO, Anete B. L. (Coord.) **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Anablume, Brasília:CNPq; Salvador: FAPESB, 2013. p. 369.

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

SANTOS, R. **Saúde Todo Dia**: uma construção coletiva. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Trad. Lúcia Helena, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. 2 ed. Belo Horizonte: Editora Te Corá, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13 - 18.

SERGIPE. **Plano estadual de saúde 2012-2015**. 2013a. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

SERGIPE. **Relatório de gestão 2013**. 2013b. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

SERGIPE. **Relatório de gestão 2014**. 2014. Disponível em:<<http://sargsus.saude.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2018.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SCHNEIDER, J. A. et al. O papel da reabilitação psicossocial no tratamento de usuários de crack. **Aletheia** 49, p. 35-47, 2016. Disponível em:<<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3596>>. Acessado 3 jul. 2018.

SOUZA, C.A. O lulismo confrontado nas ruas: projeto político e ciclo de protestos no Brasil (2013-2017). **Caderno CEAS**, n. 242, p. 688-710, 2017.

TAYLOR, T.S.; THORNICROFT, G. Deinstitutionalisation does not increase imprisonment or homelessness. **The British Journal of Psychiatry**. v. 208, p. 412–413, 2006.

TEIXEIRA, E.H. et al. Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. **JBras Psiquiatr**. V.56, n. 2. p. 127-133, 2007.

TERRA. **SE acaba com internações de pacientes mentais**. 2017. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI1345678-EI715,00-SE+acaba+com+a+internacao+de+pacientes+mentais.html>>. Acesso em: 14 jul. 2018.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas Práticas em saúde mental comunitária**. Tradução: Melissa Tiekko Muramoto. São Paulo: Manole, 2010.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M.; LAW, A. **Steps, Challenges and Lessons in Developing Community Mental Health Care**. *World Psychiatry* 7.2 (2008): 87–92. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408397/pdf/wpa020087.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

TV SENADO. **Aécio Neves faz seu primeiro discurso em Plenário após a campanha eleitoral**. 2014. Disponível em:<<http://youtube.com>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

UZACÁTEQUI, R. G.; LEVAV, I. In: OPAS, **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para a sua implementação. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1991.

VALENÇA, A.M.; MORAIS, T.M. **Relação entre homicídio e transtornos mentais**. **Rev Bras Psiquiatr**. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v28s2/02.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

VENTURINI, E. et al. Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v.55, n.1, p. 56-63, 2003.

WHO, World Health Organization. **QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities**.Genebra, 2012.

WHO, World Health Organization. World Health Organization. **Mental Health Action Plan 2013-2020**, 2013. Disponível em:<[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 30 dez. 2016.

WOLKMER. A.C. As necessidades humanas como fonte insurgente de direitos fundamentais. **Veredas do Direito**, jul./dez. 2004, Disponível em:<[http://domhelder.edu.br/veredas\\_direito/pdf/20\\_80.pdf](http://domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/20_80.pdf)> Acesso em 02/07/2017.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psic. em Ver.**, v. 14, n.1, p. 131-150, 2008.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da Pesquisa: **REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU... APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios**, sob a responsabilidade de Ana Raquel Santiago de Lima, pesquisadora NESC – Núcleo de Estudo de Saúde e Cidadania, Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania (UCSAL), sob orientação da Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta .

Tem como objetivo: Avaliar a distância entre as Políticas de Saúde Mental prescritas e o processo de implementação da RAPS em Aracaju. Analisaremos a trajetória de implantação da rede de saúde mental de Aracaju no que se refere à estigmatização, qualidade de cuidado, intersetorialidade e garantia de direitos das pessoas com transtorno mental. Para isso vamos utilizar observação direta, questionários, gravador e câmera fotográfica se necessário. Contamos com sua colaboração e informações para alcançarmos uma avaliação a mais criteriosa e verdadeira possível. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não haverá identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo. Suas respostas gravadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

A pesquisadora responsável se compromete a realizar uma devolutiva aos participantes da pesquisa, além de publicar nos meios científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou serviços participantes. Entretanto, sua participação é voluntária e você poderá se recusar a responder questões que lhe pareçam incomodas ou mesmo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Sabemos que a entrevista, gravada ou não, pode causar riscos como desconforto ou constrangimento. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador- UCSAL. Se você sofrer qualquer dano relacionado ao estudo, estaremos cuidando de reduzi-lo oferecendo escuta qualificada ou mesmo encaminhamento à assistência especializada.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Acreditamos nos benefícios da avaliação dos serviços a partir do olhar das pessoas envolvidas no cotidiano da RAPS em Aracaju e esperamos contribuir com a melhoria do processo de trabalho das equipes e na gestão da rede.

Seguem os telefones e endereços onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora responsável: ANA RAQUEL SANTIAGO DE LIMA, Av. Augusto Franco 3500, Aracaju-SE; [anaraquel1306@gmail.com](mailto:anaraquel1306@gmail.com), (79) 99891-1306. Comitê de Ética em Pesquisa (UCSAL) em Av. Cardeal da Silva, 205, Federação. Salvador – Ba, Telefone: (071) 3203-8968.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante.

\_\_\_\_\_  
ANA RAQUEL SANTIAGO DE LIMA

## ANEXO A – ROTEIRO 1 DA FASE 1

1



UCSAL



NESC

### REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios.

#### ROTEIRO FASE I (1) para OBSERVAÇÃO DE GESTORES/EQUIPES DOS CAPS<sup>1,2</sup>

*Precisamos de sua colaboração para avaliar a articulação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Este questionário é parte da pesquisa avaliativa REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios e precisamos respondê-lo do modo mais verdadeiro para que suas informações sirvam para melhorar a atenção nesse território. Tomaremos todos os cuidados para que suas informações sejam estritamente confidenciais e anônimas, utilizadas apenas como dados estatísticos, epidemiológicos e trabalhos qualitativamente conduzidos, garantindo o absoluto sigilo do(a) informante. Tente respondê-lo o mais real possível, para que os resultados correspondam à realidade dos serviços prestados. A veracidade desta avaliação estará na dependência de suas informações, pelas quais agradecemos profundamente pelo tempo dispendido e pelos comentários e sugestões.*

Não preencher: a cargo da Coordenação:		<b>Nº de Identificação do Formulário</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>I. ESTRUTURA</b>						
<b>1. Identificação</b>						
1	-----	5	1.1 - SMS de:	1.5 – População Município (hab.):		
2	-----	6	1.2 – Unidade:	1.6 – Nº Unidades Munic. Similares a esta:		
3	-----	7	1.3 – Informante:	1.7 – Data da Coleta:		
4	-----	8	1.4 – Cargo:	1.8 – Horário da Coleta:       :       horas		
<i>Marque com um ou mais X ao lado de cada resposta que se aplicar a este CAPS</i>						
<b>2. Tipo deste CAPS?</b>						
9	(0) CAPS I (1) CAPS II (2) CAPS III (3) CAPS i (4) CAPS ad (5) CAPS ad III (6) Com atendimento 3º Turno					
<b>3. O CAPS está cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)?</b> (0) Não (1) Sim						
<b>4. Oferece serviços para (pode marcar mais de uma alternativa):</b>						
12	(1)	Crianças/ Adolescentes .....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
13	(2)	Adultos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
14	(3)	Idosos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
<b>5. Oferece serviços para (pode marcar mais de uma alternativa):</b>						
15	(1)	Transtornos do uso de álcool e outras drogas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
16	(2)	Transtornos mentais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
17	(3)	Distúrbios neurológicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
18	(4)	Deficiência intelectual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
19	(5)	Usuário em situação de rua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
	(6)	Outro: qual? _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sim
<b>6. Qual a natureza jurídica deste CAPS?</b>						
20	(1) Pública Municipal (2) Pública Estadual (3) Filantrópica (4) Privada					
<b>7. Há quanto tempo em funcionamento?</b> _____ anos _____ meses						
21						

<sup>1</sup> Avaliar – CAPS Nordeste II, 2012. PITA, AMF; COUTINHO, DM; FAGUNDES, TLQ; FAUTH, A; SERRA, IVS; APHAT, M; PERREAU, M. UFBA, 2012. Subsidiado por AVALIAR CAPS-MS, 2012; QUALITY RIGHTS – OMS, 2012, Modificado por NESC/CNPq., 2014.

<sup>2</sup> Avaliar RAPS. NESC-UCSAL/CNPq. Salvador, 2014.

22	<b>8. Horário de funcionamento?</b> (1) Das 8h às 12h e das 14h às 18h    (2) Das 12h às 18h    (3) Das 8h às 12h (4) Das 8h às 21h    (5) Das 8h às 18h    (6) Funciona 24h (7) Das 8h às 17h																																																																																																									
23	<b>9. Sobre Instalações físicas</b> Segue orientação da Portaria GM/MS 615/13 para CAPS e UA    (1) SIM    (2) NÃO    (3) EM PARTE																																																																																																									
24	<b>10. Tem suas estruturas de acordo com a política de acessibilidade (rampas, banheiros com barras, etc.)?</b> (0) Não    (1) Sim, completamente    (2) Sim, parcialmente																																																																																																									
25	<b>11. Os leito(s)/leitos de observação permitem privacidade dos usuários?</b> (0) Não    (1) Sim																																																																																																									
26	<b>12. Os usuários têm onde guardar seus pertences pessoais</b> (0) Não    (1) Sim																																																																																																									
27 ..... 28 ..... 29 ..... 30 ..... 31 ..... ---	<b>13. Há os seguintes espaços externos? (&gt; 1 alternativa)</b> 1) Pátio    (0) Não    (1) Sim 2) Horta    (0) Não    (1) Sim 3) Jardim    (0) Não    (1) Sim 4) Utiliza de outras Unidades    (0) Não    (1) Sim 5) Outros espaços externos    (0) Não    (1) Sim 6) Quais? _____																																																																																																									
32..... 33..... 34 ..... 35 ..... 36 ..... 37 .....	<b>14. Possui transporte para uso do CAPS (&gt; 1 alternativa)</b> (0) Não    (1) Sim 1) Atende usuários da zona urbana    (0) Não    (1) Sim 2) Atende usuários da zona rural    (0) Não    (1) Sim 3) Utiliza vale-transporte parcial    (0) Não    (1) Sim 4) Utiliza exclusivamente vale-transporte    (0) Não    (1) Sim 5) Usuários utilizam o transporte Escolar    (0) Não    (1) Sim																																																																																																									
38.....50 39.....51 40.....52 41.....53 42.....54 43.....55 44.....56 45.....57 46.....58 47.....59 48.....60 49.....61	<b>15. RH – Quantitativo de profissionais por Categoria (&gt; 1 alternativa)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">OBS</th> <th style="width: 10%;">Nº</th> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">OBS</th> <th style="width: 10%;">Nº</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Medico Generalista</td><td></td><td></td><td>13. Artesão.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Psiquiatra</td><td></td><td></td><td>14. Artista Plástico/Educ.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Enfermeiro</td><td></td><td></td><td>15. Redutor de Danos</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Psicólogo</td><td></td><td></td><td>16. Auxiliar de Cozinha</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Assistente Social</td><td></td><td></td><td>17. Auxiliar de Limpeza</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Pedagogo</td><td></td><td></td><td>18. Jardineiro</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Fonoaudiólogo.</td><td></td><td></td><td>19. Segurança/Guarda/Vigilante</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Terapeuta Ocupacional</td><td></td><td></td><td>20. Aluno Graduando</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. Técnico/Auxiliar de Enferm.</td><td></td><td></td><td>21. Aluno Estagiário</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Músico Terap.</td><td></td><td></td><td>22. Residente</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Técnico Administrativo</td><td></td><td></td><td>23. Voluntário</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. Educador Físico</td><td></td><td></td><td>24. Outro</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	OBS	Nº	CATEGORIA	OBS	Nº	1. Medico Generalista			13. Artesão.			2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.			3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos			4. Psicólogo			16. Auxiliar de Cozinha			5. Assistente Social			17. Auxiliar de Limpeza			6. Pedagogo			18. Jardineiro			7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigilante			8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando			9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário			10. Músico Terap.			22. Residente			11. Técnico Administrativo			23. Voluntário			12. Educador Físico			24. Outro																													
CATEGORIA	OBS	Nº	CATEGORIA	OBS	Nº																																																																																																					
1. Medico Generalista			13. Artesão.																																																																																																							
2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.																																																																																																							
3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos																																																																																																							
4. Psicólogo			16. Auxiliar de Cozinha																																																																																																							
5. Assistente Social			17. Auxiliar de Limpeza																																																																																																							
6. Pedagogo			18. Jardineiro																																																																																																							
7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigilante																																																																																																							
8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando																																																																																																							
9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário																																																																																																							
10. Músico Terap.			22. Residente																																																																																																							
11. Técnico Administrativo			23. Voluntário																																																																																																							
12. Educador Físico			24. Outro																																																																																																							
62.....74 63.....75 64.....76 65.....77 66.....78 67.....79 68.....80 69.....81 70.....82 71.....83 72.....84 73.....85	<b>16. RH – Carga Horária semanal por cada categoria (Não é o total da CH da categoria) (&gt; 1 alternativa)</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">20</th> <th style="width: 10%;">30</th> <th style="width: 10%;">40</th> <th style="width: 50%;">CATEGORIA</th> <th style="width: 10%;">20</th> <th style="width: 10%;">30</th> <th style="width: 10%;">40</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Medico Generalista</td><td></td><td></td><td></td><td>13. Artesão.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Psiquiatra</td><td></td><td></td><td></td><td>14. Artista Plástico/Educ.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Enfermeiro</td><td></td><td></td><td></td><td>15. Redutor de Danos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Psicólogo</td><td></td><td></td><td></td><td>16. Auxiliar de Limpeza</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Assistente Social</td><td></td><td></td><td></td><td>17. Auxiliar de Cozinha</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Pedagogo</td><td></td><td></td><td></td><td>18. Jardineiro</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Fonoaudiólogo.</td><td></td><td></td><td></td><td>19. Segurança/Guarda/Vigil.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Terapeuta Ocupacional</td><td></td><td></td><td></td><td>20. Aluno Graduando</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. Técnico/Aux. De Enferm.</td><td></td><td></td><td></td><td>21. Aluno Estagiário</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Músico Terap.</td><td></td><td></td><td></td><td>22. Residente</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Técnico Administrativo</td><td></td><td></td><td></td><td>23. Voluntário</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. Educador Físico</td><td></td><td></td><td></td><td>24. Outro</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	CATEGORIA	20	30	40	CATEGORIA	20	30	40	1. Medico Generalista				13. Artesão.				2. Psiquiatra				14. Artista Plástico/Educ.				3. Enfermeiro				15. Redutor de Danos				4. Psicólogo				16. Auxiliar de Limpeza				5. Assistente Social				17. Auxiliar de Cozinha				6. Pedagogo				18. Jardineiro				7. Fonoaudiólogo.				19. Segurança/Guarda/Vigil.				8. Terapeuta Ocupacional				20. Aluno Graduando				9. Técnico/Aux. De Enferm.				21. Aluno Estagiário				10. Músico Terap.				22. Residente				11. Técnico Administrativo				23. Voluntário				12. Educador Físico				24. Outro				
CATEGORIA	20	30	40	CATEGORIA	20	30	40																																																																																																			
1. Medico Generalista				13. Artesão.																																																																																																						
2. Psiquiatra				14. Artista Plástico/Educ.																																																																																																						
3. Enfermeiro				15. Redutor de Danos																																																																																																						
4. Psicólogo				16. Auxiliar de Limpeza																																																																																																						
5. Assistente Social				17. Auxiliar de Cozinha																																																																																																						
6. Pedagogo				18. Jardineiro																																																																																																						
7. Fonoaudiólogo.				19. Segurança/Guarda/Vigil.																																																																																																						
8. Terapeuta Ocupacional				20. Aluno Graduando																																																																																																						
9. Técnico/Aux. De Enferm.				21. Aluno Estagiário																																																																																																						
10. Músico Terap.				22. Residente																																																																																																						
11. Técnico Administrativo				23. Voluntário																																																																																																						
12. Educador Físico				24. Outro																																																																																																						

86.....98	<b>17. RH – Capacitação em saúde mental (Por Categoria, não pelo total de profissionais mesma categoria) (&gt; 1 alternativa)</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CATEGORIA</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> <th>CATEGORIA</th> <th>SIM</th> <th>NÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Médico Generalista</td> <td></td> <td></td> <td>13. Artesão.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Psiquiatra</td> <td></td> <td></td> <td>14. Artista Plástico/Educ.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Enfermeiro</td> <td></td> <td></td> <td>15. Redutor de Danos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Psicólogo</td> <td></td> <td></td> <td>16. Auxiliar de Limpeza</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Assistente Social</td> <td></td> <td></td> <td>17. Auxiliar de Cozinha</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. Pedagogo</td> <td></td> <td></td> <td>18. Jardineiro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7. Fonoaudiólogo.</td> <td></td> <td></td> <td>19. Segurança/Guarda/Vigil.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8. Terapeuta Ocupacional</td> <td></td> <td></td> <td>20. Aluno Graduando</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9. Técnico/Auxiliar de Enferm.</td> <td></td> <td></td> <td>21. Aluno Estagiário</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10. Músico Terap.</td> <td></td> <td></td> <td>22. Residente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>11. Técnico Administrativo</td> <td></td> <td></td> <td>23. Voluntário</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12. Educador Físico</td> <td></td> <td></td> <td>24. Outro</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						CATEGORIA	SIM	NÃO	CATEGORIA	SIM	NÃO	1. Médico Generalista			13. Artesão.			2. Psiquiatra			14. Artista Plástico/Educ.			3. Enfermeiro			15. Redutor de Danos			4. Psicólogo			16. Auxiliar de Limpeza			5. Assistente Social			17. Auxiliar de Cozinha			6. Pedagogo			18. Jardineiro			7. Fonoaudiólogo.			19. Segurança/Guarda/Vigil.			8. Terapeuta Ocupacional			20. Aluno Graduando			9. Técnico/Auxiliar de Enferm.			21. Aluno Estagiário			10. Músico Terap.			22. Residente			11. Técnico Administrativo			23. Voluntário			12. Educador Físico			24. Outro		
CATEGORIA		SIM	NÃO	CATEGORIA	SIM	NÃO																																																																															
1. Médico Generalista				13. Artesão.																																																																																	
2. Psiquiatra				14. Artista Plástico/Educ.																																																																																	
3. Enfermeiro				15. Redutor de Danos																																																																																	
4. Psicólogo				16. Auxiliar de Limpeza																																																																																	
5. Assistente Social				17. Auxiliar de Cozinha																																																																																	
6. Pedagogo				18. Jardineiro																																																																																	
7. Fonoaudiólogo.				19. Segurança/Guarda/Vigil.																																																																																	
8. Terapeuta Ocupacional				20. Aluno Graduando																																																																																	
9. Técnico/Auxiliar de Enferm.				21. Aluno Estagiário																																																																																	
10. Músico Terap.				22. Residente																																																																																	
11. Técnico Administrativo				23. Voluntário																																																																																	
12. Educador Físico				24. Outro																																																																																	
110-111-112.	<b>18. Marque quais os tipos de vínculo empregatício dos trabalhadores desta Unidade (&gt; 1 alternativa)</b> (1) CLT (2) Contrato emergencial (3) temporário (4) Estatutário (5) Bolsista (6) Terceirizado																																																																																				
113-114-115.																																																																																					
116.....	<b>19. Dispensa de medicamentos da Assist. Farm. Básica?</b> .....(0) Não (1) Sim																																																																																				
117.....	<b>20. Dispensa medicamentos da Assist. Farmacêutica Especializada "Excepcionais"?</b> (0) Não (1) Sim																																																																																				
118	<b>21. Nº aproximado pacientes em uso (inscritos)</b> ..... (.....)																																																																																				
119	<b>22. Período para Dispensação pela SESAB após solicitação</b> ..... (0) 30 dias (1) 60 dias (2) > 60 dias																																																																																				
120.....	<b>23. A manutenção das estruturas físicas você considera</b> a) Equipamentos ..... (0) Boa (1) Regular (2) Ruim b) Paredes .....(0) Boa (1) Regular (2) Ruim c) Pisos .....(0) Boa (1) Regular (2) Ruim d) Mobiliário .....(0) Boa (1) Regular (2) Ruim e) Vestuário e Cama Banho .....(0) Boa (1) Regular (2) Ruim c) Outros aspectos que considere importantes para o funcionamento deste serviço:																																																																																				
121																																																																																					
122																																																																																					
123																																																																																					
124																																																																																					
----																																																																																					
<b>II. PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO CAPS</b>																																																																																					
125.....	<b>1. Projeto Terapêutico Assistencial (PTA)?</b> .....(0) Não (1) Sim <b>2.1.1 - É revisto periodicamente?</b> .....(0) Não (1) Sim <b>2.1.2 - Com frequência anual?</b> .....(0) Não (1) Sim <i>(PTA é o plano de trabalho da Unidade acordado na equipe para ser desenvolvido cotidianamente no CAPS, com detalhamento clínico e de Reabilitação Psicossocial, a ser pactuado anualmente.)</i>																																																																																				
126																																																																																					
127																																																																																					
128.....	<b>2. Projeto Terapêutico Individual / Singular (PTI, PTS)?</b> .....(0) Não (1) Sim <b>2.2.1 - É revisto periodicamente?</b> ..... (0) Não (1) Sim																																																																																				
129																																																																																					
130.....	<b>3. Quem participa da definição do PTI/PTS (&gt; 1 alternativa)</b> 2.3.1 – A Equipe .....(0) Não (1) Sim 2.3.2 – O médico .....(0) Não (1) Sim 2.3.3 – Técnico de Referência .....(0) Não (1) Sim																																																																																				
131																																																																																					
132																																																																																					
133.....	<b>4. Organização do processo de trabalho (&gt; 1 alternativa)</b> a) Presta cuidados intensivos? (0) Não (1) Sim b) Presta cuidados semi-intensivos? (0) Não (1) Sim c) Presta cuidado não intensivo (0) Não (1) Sim d) Atendimento Ambulatorial? (0) Não (1) Sim e) Tem atendimento de educação física? (0) Não (1) Sim																																																																																				
134																																																																																					
135																																																																																					

136.....	f) Realiza orientação à família?	(0) Não	(1) Sim	
137	g) Realiza cuidado contínuo com Grupos de Familiares	(0) Não	(1) Sim	
138	h) Tem acolhimento diurno?	(0) Não	(1) Sim	
139	i) Tem acolhimento noturno? (*)	(0) Não	(1) Sim	
140	j) O usuário tem livre acesso as dependências da CAPS durante o seu período de funcionamento?	(0) Não	(1) Sim	
141	k) Oferece atendimento integral para todos os dias da semana? Encaminhamento	(0) Não	(1) Sim	
142	l) Atende o usuário em situação de crise/APM?	(0) Não	(1) Sim	
143	m) Faz solicitação de exames laboratoriais?	(0) Não	(1) Sim	
144	n) Fornece Atestados/Laudos/Relatórios quando sempre solicitados (0) Não (1) Sim			
145	o) Realiza visitas domiciliares?	(0) Não	(1) Sim	
146	p) São oferecidas três refeições diárias?	(0) Não	(1) Sim	
147	q) Faz distribuição de preservativos? Utiliza estrat.R Danos	(0) Não	(1) Sim	
148	r) Tem projeto de geração de renda e trabalho?	(0) Não	(1) Sim	
149	s) Há vínculo com Serviços Residenciais Terapêuticos?	(0) Não	(1) Sim	
150	t) Tem usuário inscrito no Programa de Volta Para Casa?	(0) Não	(1) Sim	
151	u) O Atendimento de demandas espontâneas externas é através de AGENDAMENTO	(0) Não	(1) Sim	
152	v) O Atendimento de demandas espontâneas externas é através de AGENDAMENTO	(0) Não	(1) Sim	
153	(*) - Quando se tratar de CAPS III, CAPS ad III e CAPS com atendimento de terceiro turno (19 às 22 horas)			
154				
155.....	<b>5. O atendimento em grupo é predominante?</b>	(0) Não	(1) Sim	
156.....	<b>6. Tem Grade Semanal de atendimentos Grupais (&gt; 1 alternativa).....</b>	<b>(0) Não</b>	<b>(1) Sim</b>	
157	6.1 – Inclui atendimento em GO – Grupo Operativo .....	(0) Não	(1) Sim	
158	6.2 - Inclui atendimento em OF – Oficinas Terapêuticas .....	(0) Não	(1) Sim	
159	6.3 - Inclui atendimento em OGR – Oficinas efetivamente Geradoras de Renda.....	(0) Não	(1) Sim	
160	<b>7. Todas as categorias profissionais estão envolvidas nas atividades grupais .....</b>	<b>(0) Não</b>	<b>(1) Sim</b>	
161	7.1 – Os profissionais de NU .....	(0) Não	(1) Sim	
162	7.2 – Os profissionais de NM .....	(0) Não	(1) Sim	
163.....	<b>8. A equipe recebe Supervisão clínico – institucional ..</b>	<b>0) Não</b>	<b>(1) Regularmente</b>	<b>(2) Raramente</b>
164	8.1 - A superv. Institucional é do SUS (> 1 alternativa).(.....(0) Municipal (1) Estadual (2) Federal (3) Autofinanciável			
	<b>I.1 - Humanização do Cuidado</b>			
165.....	<b>9. Quais os dispositivos que a equipe deste CAPS dispõe para a implementação da política de humanização na relação com o usuário e acompanhantes /familiares? (&gt; 1 alternativa).{</b>			
166	a) Acolhimento durante todo o período de atendimento	(0) Não	(1) Sim	
167	b) Existe Plantão técnico da Equipe para acolhimento e ambiência	(0) Não	(1) Sim	
168	c) Acolhimento empático, inclusivo e personalizado do usuário e familiares	(0) Não	(1) Sim	
169	d) Gerenciamento de casos na comunidade	(0) Não	(1) Sim	
170	e) Procedimentos de redução de tempo de espera de atendimento	(0) Não	(1) Sim	
171	f) Procedimentos para aumentar o tempo de atendimento aos usuários	(0) Não	(1) Sim	
172	g) Procedimentos para atender com equidade todos os usuários	(0) Não	(1) Sim	
173	h) Existência de um técnico de referência para cada usuário	(0) Não	(1) Sim	
	i) Valorização da dimensão subjetiva dos usuários e familiares	(0) Não	(1) Sim	
174.....	<b>10. Assinale os dispositivos que este CAPS dispõe para a implementação da política de humanização entre os seus trabalhadores: (&gt; 1 alternativa).{</b>			

175	a) Existência de iniciativas para se ter boas condições de trabalho	(0) Não (1) Sim	
176	b) Procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos	(0) Não (1) Sim	
177	c) Trabalho em rede	(0) Não (1) Sim	
178	d) Reunião semanal de equipe	(0) Não (1) Sim	
179	e) Existência de programas de educação permanente para o pessoal	(0) Não (1) Sim	
----	f) Outros	(0) Não (1) Sim	
	Quais? _____		
<b>II.2 - Gestão Participativa e garantia de Direitos Humanos</b>			
180.....	<b>11. Quais os dispositivos que são utilizados neste CAPS para garantia dos direitos de cidadania do usuário?(*)</b>		
181.....	a) Orientação e encaminhamento de benefícios (previdência social, outros): (> 1 alternativa).	(0) Não (1) Sim	
182.....	b) Suporte Jurídico:	(0) Não (1) Sim	
183.....	c) Ouvidoria:	(0) Não (1) Sim	
184.....	d) Defensoria Pública:	(0) Não (1) Sim	
185.....	e) Ministério Público	(0) Não (1) Sim	
186.....	f) Cartão de livre acesso para transporte público	(0) Não (1) Sim	
187.....	g) Conselho Municipal de Saúde	(0) Não (1) Sim	
188.....	h) Conselho gestor	(0) Não (1) Sim	
189.....	i) Conferências de Saúde	(0) Não (1) Sim	
190.....	j) Outros	(0) Não (1) Sim	
----	Quais? _____		
	(* Garantia de Direitos dos usuários - procedimentos de defesa de cidadania "advocacia", petições, documentos, ressocialização do usuário, entre outros).		
191.....	<b>12. Assinale as formas de participação deste CAPS com usuários e comunidade: (&gt; 1 alternativa). (</b>		
192.....	a) Desenvolve eventos coletivos com os usuários	(0) Não (1) Sim	
193.....	b) Realiza assembleias com usuários?	(0) Não (1) Sim	
194.....	c) Realiza assembleias e/ ou reuniões com Familiares?	(0) Não (1) Sim	
195.....	d) Realiza reuniões com o Conselho Gestor?	(0) Não (1) Sim	
196.....	e) Há atividades intra CAPS com a participação da comunidade?	(0) Não (1) Sim	
197.....	f) Há procedimentos para garantia de trocas de saberes e conhecimentos com usuários/ familiares?	(0) Não (1) Sim	
198.....	g) Há corresponsabilidade da gestão do cuidado com usuários e familiares?	(0) Não (1) Sim	
	h) Outras	(0) Não (1) Sim	
	Quais? _____		
<b>II.3 - Rede de Atenção Psicossocial</b>			
199.....	<b>13. Assinale quais parcerias rotineiras/programáticas existem no território adscrito deste CAPS (&gt; 1 alternativa). (</b>		
200.....	a) Com ESF/PACS - Atenção Básica? _____	(0) Não (1) Sim	
201.....	b) Com NASF? _____	(0) Não (1) Sim	
202.....	c) Com Consultório de Rua? _____	(0) Não (1) Sim	
203.....	d) Com ambulatório de especialidades? _____	(0) Não (1) Sim	
204.....	e) Com hospital geral? _____	(0) Não (1) Sim	
205.....	f) SAMU/PA ? _____	(0) Não (1) Sim	
206.....	g) Com hospital psiquiátrico? _____	(0) Não (1) Sim	
207.....	h) Com CRAS? _____	(0) Não (1) Sim	
208.....	i) Com CREAS?	(0) Não (1) Sim	
209.....	j) Policias	(0) Não (1) Sim	
210.....	k) Com Escolas?	(0) Não (1) Sim	
211.....	l) Com Creches?	(0) Não (1) Sim	
212.....	m) Com Clubes?	(0) Não (1) Sim	
213.....	n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva?	(0) Não (1) Sim	
214.....	o) Com Academias de Ginástica?	(0) Não (1) Sim	
215.....	p) Com Salões de festas?	(0) Não (1) Sim	
216.....	q) Com Atelier de arte?	(0) Não (1) Sim	
217.....	r) Com Praças e parques?	(0) Não (1) Sim	
218.....	s) Com Igrejas?	(0) Não (1) Sim	
219.....	t) Com outras instituições/ organizações?	(0) Não (1) Sim	
-----	u) Outros.	(0) Não (1) Sim	
	Quais? _____		

220..... 221..... 222..... 223..... 224..... 225..... 226..... 227..... ----	<b>14. Quais os mecanismos que este CAPS utiliza na avaliação sistemática? (&gt; 1 alternativa).</b> a) Reuniões semanais da equipe de trabalho? (0) Não (1) Sim b) Relatórios mensais feitos pelos técnicos? (0) Não (1) Sim c) Relatórios trimestrais/quadrimestrais/ <i>semestrais/anuais</i> feitos pela coordenação e / ou gerência? (0) Não (1) Sim d) Questionário de ausculta dos trabalhadores? (0) Não (1) Sim e) Questionário de ausculta dos usuários e familiares? (0) Não (1) Sim f) Caixa de sugestões? (0) Não (1) Sim g) Avaliação de desempenho do trabalhador? (0) Não (1) Sim h) Outros. (0) Não (1) Sim Quais? _____	
228..... ----	<b>15. Assinale como a equipe de trabalhadores deste CAPS considera os mecanismos de avaliação efetuados?</b> (1) Ótimo (2) Bom (3) Regular (4) Ruim Por quê? _____	

III. RESULTADOS DO FUNCIONAMENTO DO CAPS/CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO ASSISTIDA																																			
229.....	1. Qual o número de usuários inscritos/matriculados em toda existência deste CAPS, desde a inauguração até os dias atuais? _____																																		
230..... 231.....	2. Existe lista de espera (0) Não (1) Sim 3. Esta Lista consta de ( ) 2 a 10 ( ) 11 a 20 ( ) 21 a 30 ( ) > 30																																		
232.....	4. Qual o número de usuários ativos inscritos no último mês neste CAPS? (> 1 alternativa). 1) Total _____ 2) Feminino _____ 3) Masculino _____																																		
233..... 234..... 235..... 236..... 237..... 238..... 239..... 240..... 241..... 242..... 243.....	5. Enumere por ordem decrescente os cinco diagnósticos mais frequentes na Unidade=(> 1 alternativa). <table border="1"> <tr><td>5.1</td><td>F 00 - 09</td><td>Demências e Outros quadros orgânicos primários</td></tr> <tr><td>5.2</td><td>F 10 - 19</td><td>Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Drogas</td></tr> <tr><td>5.3</td><td>F 20 - 29</td><td>Esquizofrenia e Transtornos afins</td></tr> <tr><td>5.4</td><td>F 30 - 39</td><td>Transtornos do Humor</td></tr> <tr><td>5.5</td><td>F 40 - 48</td><td>Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)</td></tr> <tr><td>5.6</td><td>F 60 - 69</td><td>Transtornos de Personalidade e outros hábitos</td></tr> <tr><td>5.7</td><td>F 70 - 79</td><td>Retardo Mental</td></tr> <tr><td>5.8</td><td>F 80 - 89</td><td>Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global</td></tr> <tr><td>5.9</td><td>F 90 - 92</td><td>Transtornos Hipercinéticos e de Conduta</td></tr> <tr><td>5.10</td><td>F 95</td><td>Tiques</td></tr> <tr><td>5.11</td><td>- - -</td><td>Desconhecido</td></tr> </table>	5.1	F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários	5.2	F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Drogas	5.3	F 20 - 29	Esquizofrenia e Transtornos afins	5.4	F 30 - 39	Transtornos do Humor	5.5	F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)	5.6	F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos	5.7	F 70 - 79	Retardo Mental	5.8	F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global	5.9	F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta	5.10	F 95	Tiques	5.11	- - -	Desconhecido	
5.1	F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários																																	
5.2	F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido uso de Drogas																																	
5.3	F 20 - 29	Esquizofrenia e Transtornos afins																																	
5.4	F 30 - 39	Transtornos do Humor																																	
5.5	F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)																																	
5.6	F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos																																	
5.7	F 70 - 79	Retardo Mental																																	
5.8	F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global																																	
5.9	F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta																																	
5.10	F 95	Tiques																																	
5.11	- - -	Desconhecido																																	
244.....	5 Qual a faixa etária predominante dos usuários deste CAPS no último mês? (0) 0 a 12 (1) 13 a 18 (2) 19 a 30 (3) 30 a 60 (4) > 60	IBGE																																	

245.....	<p><b>6. Qual a origem dos usuários que chegam a este CAPS para acolhimento? Assinale em ordem decrescente as cinco opções mais frequentes: (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <table border="1"> <tr><td>a) Com ESF/PACS - Atenção Básica</td><td></td></tr> <tr><td>b) Com NASF</td><td></td></tr> <tr><td>c) Com Consultório de Rua</td><td></td></tr> <tr><td>d) Com ambulatório de especialidades</td><td></td></tr> <tr><td>e) Com hospital geral</td><td></td></tr> <tr><td>f) SAMU/PA</td><td></td></tr> <tr><td>g) Com hospital psiquiátrico</td><td></td></tr> <tr><td>h) Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>i) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>j) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>k) Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>l) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>m) Com Clubes</td><td></td></tr> <tr><td>n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva</td><td></td></tr> <tr><td>o) Com Academias de Ginástica</td><td></td></tr> <tr><td>p) Com Salões de festas</td><td></td></tr> <tr><td>q) Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>r) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>s) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>t) Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>u) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>v) Outras</td><td></td></tr> <tr><td>Quais</td><td></td></tr> </table>	a) Com ESF/PACS - Atenção Básica		b) Com NASF		c) Com Consultório de Rua		d) Com ambulatório de especialidades		e) Com hospital geral		f) SAMU/PA		g) Com hospital psiquiátrico		h) Com CRAS		i) Com CREAS		j) Polícias		k) Com Escolas		l) Com Creches		m) Com Clubes		n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva		o) Com Academias de Ginástica		p) Com Salões de festas		q) Com CRAS		r) Com CREAS		s) Polícias		t) Com Escolas		u) Com Creches		v) Outras		Quais		
a) Com ESF/PACS - Atenção Básica																																																
b) Com NASF																																																
c) Com Consultório de Rua																																																
d) Com ambulatório de especialidades																																																
e) Com hospital geral																																																
f) SAMU/PA																																																
g) Com hospital psiquiátrico																																																
h) Com CRAS																																																
i) Com CREAS																																																
j) Polícias																																																
k) Com Escolas																																																
l) Com Creches																																																
m) Com Clubes																																																
n) Com Ginásio/ quadra poliesportiva																																																
o) Com Academias de Ginástica																																																
p) Com Salões de festas																																																
q) Com CRAS																																																
r) Com CREAS																																																
s) Polícias																																																
t) Com Escolas																																																
u) Com Creches																																																
v) Outras																																																
Quais																																																
246																																																
247																																																
248																																																
249																																																
250																																																
251																																																
252																																																
253																																																
254																																																
255																																																
256																																																
257																																																
258																																																
259																																																
260																																																
261																																																
262																																																
263																																																
264																																																
265																																																
266																																																
-----																																																
267	<p><b>7. Qual a média de permanência do usuário em tratamento neste CAPS?</b></p> <p>(1) 1 a 6 meses (2) 7 a 11 meses (3) 1 a 2 anos (4) 2 a 3 anos (5) 5 ou + anos</p>																																															

268.....	<p><b>8. Quais os encaminhamentos mais utilizados após a alta por este CAPS? (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <table border="1"> <tr><td>a) Com ESF/PACS - Atenção Básica</td><td></td></tr> <tr><td>c) Com NASF</td><td></td></tr> <tr><td>d) Com Consultório de Rua</td><td></td></tr> <tr><td>e) Com ambulatório de especialidades</td><td></td></tr> <tr><td>f)Com hospital geral</td><td></td></tr> <tr><td>g) SAMU/PA</td><td></td></tr> <tr><td>h) Com hospital psiquiátrico</td><td></td></tr> <tr><td>i)Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>j)Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>k) Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>l)Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>m) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>n) om Clubes</td><td></td></tr> <tr><td>o) Com Ginásio/ quadra poliesportiva</td><td></td></tr> <tr><td>p) Com Academias de Ginástica</td><td></td></tr> <tr><td>q) Com Salões de festas</td><td></td></tr> <tr><td>r)Com CRAS</td><td></td></tr> <tr><td>s) Com CREAS</td><td></td></tr> <tr><td>t)Polícias</td><td></td></tr> <tr><td>u) Com Escolas</td><td></td></tr> <tr><td>v) Com Creches</td><td></td></tr> <tr><td>w) Outras</td><td></td></tr> <tr><td>Quais</td><td></td></tr> </table>	a) Com ESF/PACS - Atenção Básica		c) Com NASF		d) Com Consultório de Rua		e) Com ambulatório de especialidades		f)Com hospital geral		g) SAMU/PA		h) Com hospital psiquiátrico		i)Com CRAS		j)Com CREAS		k) Polícias		l)Com Escolas		m) Com Creches		n) om Clubes		o) Com Ginásio/ quadra poliesportiva		p) Com Academias de Ginástica		q) Com Salões de festas		r)Com CRAS		s) Com CREAS		t)Polícias		u) Com Escolas		v) Com Creches		w) Outras		Quais		
a) Com ESF/PACS - Atenção Básica																																																
c) Com NASF																																																
d) Com Consultório de Rua																																																
e) Com ambulatório de especialidades																																																
f)Com hospital geral																																																
g) SAMU/PA																																																
h) Com hospital psiquiátrico																																																
i)Com CRAS																																																
j)Com CREAS																																																
k) Polícias																																																
l)Com Escolas																																																
m) Com Creches																																																
n) om Clubes																																																
o) Com Ginásio/ quadra poliesportiva																																																
p) Com Academias de Ginástica																																																
q) Com Salões de festas																																																
r)Com CRAS																																																
s) Com CREAS																																																
t)Polícias																																																
u) Com Escolas																																																
v) Com Creches																																																
w) Outras																																																
Quais																																																
269.....																																																
270																																																
271																																																
272																																																
273																																																
274																																																
275																																																
276																																																
277																																																
278																																																
279																																																
280																																																
281																																																
282																																																
283																																																
284																																																
285																																																
286																																																
287																																																
288																																																
289																																																
-----																																																
<b>IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>																																																

290..... 291..... 292..... 293..... 294..... 295..... -----	<p><b>1. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos usuários (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <p>a) Disponibilização de medicamento (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
296..... 297..... 298..... 299..... 300..... 301..... 302..... -----	<p><b>2. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos familiares (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da Estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) melhora tratamento por parte dos profissionais (0) Não (1) Sim.</p> <p>g) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
303..... 304..... 305..... 306..... 307..... 308..... 309..... 310..... 311..... ---	<p><b>3. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos profissionais (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do vínculo de trabalho (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Materiais para as Oficinas (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Materiais para as Oficinas Geradoras de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Financiamento de Projetos de Geração de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
312..... 313..... 314..... 315..... 316..... 317..... 318..... 319..... 320..... 321..... -----	<p><b>4. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes dos coordenadores deste CAPS? (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria do vínculo de trabalho (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Materiais para as Oficinas (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Materiais para as Oficinas Geradoras de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Financiamento para Geração de Renda (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Transporte dos pacientes (0) Não (1) Sim</p> <p>j) Outras (0) Não (1) Sim.</p> <p>Quais? _____</p>	
322..... 323..... 324..... 325..... 326..... 327..... 328..... 329..... 330.....	<p><b>5. Enumere por ordem de frequência decrescente as três reivindicações/solicitações mais frequentes da rede socioassistencial (&gt; 1 alternativa).</b>(</p> <p>a) Disponibilização de medicamentos (0) Não (1) Sim</p> <p>b) Maior número de profissionais (0) Não (1) Sim</p> <p>c) Melhoria da estrutura física (0) Não (1) Sim</p> <p>d) Melhoria na qualidade do acolhimento (0) Não (1) Sim</p> <p>e) Na prontidão do atendimento (0) Não (1) Sim</p> <p>f) Disponibilização de telefone (0) Não (1) Sim</p> <p>g) Reuniões periódicas (0) Não (1) Sim</p> <p>h) Transporte dos usuários (0) Não (1) Sim</p> <p>i) Outras (0) Não (1) Sim</p>	

## ANEXO B – ROTEIRO 2 DA FASE 1



### REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU APÓS 15 ANOS DE IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios.

*ROTEIRO FASE I (2) para Gestores/ Responsáveis na Rede de Atenção*

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE PONTOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (EXCETO O CAPS)<sup>1,2</sup>

*Precisamos de sua colaboração para avaliar a articulação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Este questionário é parte da pesquisa avaliativa REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) DE ARACAJU APÓS 15 ANOS IMPLANTAÇÃO: reencontros, novos olhares e mais desafios. e precisamos respondê-lo do modo mais verdadeiro para que suas informações sirvam para melhorar a atenção nesse território.*

*Tomaremos todos os cuidados para que suas informações sejam estritamente confidenciais e anônimas, utilizadas apenas para dados estatísticos, epidemiológicos e trabalhos qualitativamente conduzidos, garantindo o absoluto sigilo do(a) informante. Tente respondê-lo o mais real possível, para que os resultados correspondam à realidade dos serviços prestados. A veracidade desta avaliação estará na dependência de suas informações, pelas quais agradecemos profundamente pelo tempo dispendido e pelos comentários e sugestões.*

A carga de Coordenação. Não preencha

**Nº de Identificação do Formulário**

1) IDENTIFICAÇÃO		OBS																		
1---5	1.1 - SMS de:	1.5 - Nº Unidades Munic. Similares a esta:																		
2---6	1.2 - Unidade:	1.6 - Data da Coleta:																		
3---7	1.3 - População Município (hab.):	1.7 - Horário da Coleta: : horas																		
4	1.4 - Cargo:																			
<b>2) TIPOS DE SERVIÇO</b>																				
8	1 - Unidades de Saúde	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">2.1. UBS/PSF</td> <td style="width: 12.5%;">2.2. CAPS</td> <td style="width: 12.5%;">2.3. POLICLIN</td> <td style="width: 12.5%;">2.4. PA/OS/UPA</td> <td style="width: 12.5%;">2.5. SAMU</td> <td style="width: 12.5%;">2.6. HG</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.7. C. DE RUA</td> <td colspan="2">2.8. UA</td> <td colspan="2">2.9. Outro</td> </tr> </table>	2.1. UBS/PSF	2.2. CAPS	2.3. POLICLIN	2.4. PA/OS/UPA	2.5. SAMU	2.6. HG	2.7. C. DE RUA		2.8. UA		2.9. Outro							
2.1. UBS/PSF	2.2. CAPS	2.3. POLICLIN	2.4. PA/OS/UPA	2.5. SAMU	2.6. HG															
2.7. C. DE RUA		2.8. UA		2.9. Outro																
9	2 - Unidades Inter setoriais	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">2.10. CRAS</td> <td style="width: 12.5%;">2.11. CREAS</td> <td style="width: 12.5%;">2.12. C. TUTELAR</td> <td style="width: 12.5%;">2.13. PM</td> <td style="width: 12.5%;">2.14. POL. CIVIL</td> <td style="width: 12.5%;">2.15. MPE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2.16. FORUM</td> <td colspan="2">2.17. Def. Publ.</td> <td colspan="2">2.18. ONG</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">2.19. OUTRO</td> </tr> </table>	2.10. CRAS	2.11. CREAS	2.12. C. TUTELAR	2.13. PM	2.14. POL. CIVIL	2.15. MPE	2.16. FORUM		2.17. Def. Publ.		2.18. ONG		2.19. OUTRO					
2.10. CRAS	2.11. CREAS	2.12. C. TUTELAR	2.13. PM	2.14. POL. CIVIL	2.15. MPE															
2.16. FORUM		2.17. Def. Publ.		2.18. ONG																
2.19. OUTRO																				
10	3 - Natureza do Serviço	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">1 PÚBLICA MUNIC</td> <td style="width: 16.6%;">2 PÚBLICA ESTAD</td> <td style="width: 16.6%;">3 FILANTRÓPICA</td> <td style="width: 16.6%;">4 PRIVADA</td> <td style="width: 16.6%;">5 ONG</td> </tr> </table>	1 PÚBLICA MUNIC	2 PÚBLICA ESTAD	3 FILANTRÓPICA	4 PRIVADA	5 ONG													
1 PÚBLICA MUNIC	2 PÚBLICA ESTAD	3 FILANTRÓPICA	4 PRIVADA	5 ONG																
11	4 - Há quanto tempo este serviço está em funcionamento.....	_____anos e _____meses																		
<b>3) PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</b>																				
12....	1 - A equipe observa problemas de transtornos mentais na população assistida por esta Unidade	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO																
SIM	NÃO																			
13	2 - A equipe observa problemas de álcool e drogas na população assistida por esta Unidade	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> </tr> </table>	SIM	NÃO																
SIM	NÃO																			
14	3 - Enumere de 1 a 4 por ordem de frequência decrescente as substâncias usadas:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Cocaína</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Maconha</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Crack</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Álcool</td> </tr> </table>	Cocaína	Maconha	Crack	Álcool														
Cocaína	Maconha	Crack	Álcool																	
	4 - Enumere por ordem decrescente os quatro diagnósticos mais frequentes: (> 1 Alternativa)																			

<sup>1</sup> Avaliar – CAPS Nordeste II, 2012. PITA, AMF; COUTINHO, DM; FAGUNDES, TLQ; FAUTH, A; SERRA, IVS; APHAT, M; PERREAULT, M. UFBA, 2012. Subsidiado por AVALIAR CAPS-MS, 2012; QUALITY RIGHTS – OMS, 2012, Modificado por NESC/CNPq, 2014

<sup>2</sup> Avaliar RAPS. NESC-UCSAL/CNPq. Salvador, 2014.

15....		1	F 00 - 09	Demências e Outros quadros orgânicos primários			
16		2	F 10 - 19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de Drogas			
17		3	F 20 - 29	Esquizofrenia e Transtornos afins			
18		4	F 30 - 39	Transtornos do Humor			
19		5	F 40 - 48	Transtornos de Ansiedade/Psicogênicos (Neuroses)			
20		6	F 60 - 69	Transtornos de Personalidade e outros hábitos			
21		7	F 70 - 79	Retardo Mental			
22		8	F 80 - 89	Transtornos do Desenvolvimento – Parcial e Global			
23		9	F 90 - 92	Transtornos Hipercinéticos e de Conduta			
24		10	F 99	Transtornos mentais não especificados			
25		11	- - -	Não mencionado			
26....		5 - A equipe acompanha o tratamento de problemas mentais de usuários desta Unidade				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		6 - A equipe acompanha o tratamento de probl. de álcool e outras drogas de usuários desta Unidade				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		7 – Existe algum procedimento previsto para usuários com T. mentais e álcool e outras drogas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8 – Se sim, coloque por ordem de frequência decrescente os três mais frequentes: (> 1 Alternativa)					
29		1	Acolhimento na própria unidade				
30		2	Telefonar para o serviço de especialidade				
31		3	Discutir o caso com profissional de serviço especializado				
32		4	Discutir o caso na própria equipe				
33		5	Encaminhar para serviço especializado				
34		6	Encaminhar para atenção básica				
35		7	Encaminhar para pronto socorro				
36		8	Encaminhar para internação				
37		9	Encaminhar para NASF				
38....		9 – Articulação regular com pontos da Rede: (> 1 Alternativa)					
39		1	Informal com Unidades de Saúde.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40		2	Informal com Unidades Inter-setoriais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41		3	Formal com Unidades de Saúde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		4	Formal com Unidades Inter-setoriais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		OBS.: Formal entende-se por ato com a existência de documentação de referência e contra referência.					
42....		10 – Houve reuniões para acordar parceria com as Unidades interessadas .....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11 - Se <u>SIM</u> , assinale as Unidades que participaram de reuniões nos Quadros abaixo (> 1 Alternativa)					
43--51		Quadro 1 – DE SAÚDE			Quadro 2 – INTRA SETORIAIS		
44--52		1	UBS/PSF		9	CRAS	
45--53		2	CAPS		10	CREAS	
46--54		3	Policlínica/ Multicentro		11	CONS TUTELAR	
47--55		4	PA/PS/UPA		12	PM / POL. CIVIL	
48--56		5	SAMU		13	DEF. PÚB. ESTADUAL	
49--57		6	HOSP. GERAL		14	MPE	
50--58		7	NASF		15	FORUM	
		8	OUTRA		16	OUTRA	
59		12 – Tem havido retorno/contra referência à Unidade de referência.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13 – Se <u>SIM</u> , assinale em ordem decrescente as 3 Unidades mais frequentes: (> 1 Alternativa)					
60--68		Quadro 1 - SETORIAIS			Quadro 2 – Extra SETORIAIS		
61--69		1	UBS/PSF		9	CREAS	
62--70		2	CAPS		10	CONS TUTELAR	
63--71		3	Policlínica/ Multicentro		11	PM	
64--72		4	PA/PS/UPA		12	POL. CIVIL	
65--73		5	SAMU		13	MPE	
66--74		6	HOSP. GERAL		14	FORUM	
67		7	OUTRA		15	OUTRA	
		8	CRAS				
75		14 – Há atendimento de demanda espontânea usuários álcool e drogas e transtornos mentais na Unidade?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4) FREQUÊNCIAS</b>							
76		4.1 – Nº Usuários matriculados (> 1 Alternativa)					
77		1 – Com T. mentais.....				<input type="text"/>	
78		2 – Usuários com Abuso/Dependência de SPA.....				<input type="text"/>	
		3 - Com comorbidade de ambas.....				<input type="text"/>	

79....	4.2 – Média mensal de Atendimento aos Usuários.....				
80	4.3 – Adesão ao atendimento:				
81	1 – Com T. mentais.....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
82	2 – Usuários com Abuso/Dependência SPA.	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
	3 - Com comorbidade de ambas.....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
<b>5) NATUREZA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO</b>					
83....	5.1 - Há busca ativa .....			SIM	NÃO
84	5.2 - São realizadas Visitas Domiciliares .....			SIM	NÃO
85	5.3 - Há episódios de APM – Agitação Psicomotora/Crises .....			SIM	NÃO
86	1 - São resolvidos pela própria Unidade .....			SIM	NÃO
	2 – Se <b>NÃO</b> , são encaminhados para: (Assinale, em ordem decrescente as 3 Unidades nos Quadros abaixo para onde são feitos os encaminhamentos) (> 1 Alternativa)				
87–96		<b>Quadro 1 – DE SAÚDE</b>		<b>Quadro 2 – INTRA SETORIAIS</b>	
88–97		1 - UBS/PSF		10 - CRAS	
89–98		2 - CAPS		11 – CONS TUTELAR	
90–99		3–Policlínica/ Multicentro		12 - PM	
91-100		4 – PA/PS		13 – POL. CIVIL	
92-101		5 - SAMU		14 - MPE	
93-102		6 - HOSP. GERAL		15 - FORUM	
94-103		7 – OUTRA		16 – DEF. PUB.	
95		8 - NASF		17 - OUTRA	
		9 - CREAS			
104....	5.4 - Realiza Atendimento Individual para portadores de T.M e SPA.....			SIM	NÃO
105....	5.5 - Realiza Atendimento Grupal para portadores de T.M e SPA.....			SIM	NÃO
<b>6) MEDICAMENTOS PSICOFARMACOTERÁPICOS (Com respeito à quantidade dos medicamentos)</b>					
106....	6.1 – Via oral .....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
107	6.2 – Via injetável .....	ÓTIMO	BOM	RAZOÁVEL	RUIM
<b>7) MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL</b>					
108	7.1 - Antes de entrar na Unidade, algum técnico já participou de matriciamento .....			SIM	NÃO
109	7.2 - O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>eventual</u> nesta Unidade.....			SIM	NÃO
110	7.3 - O CAPS ou Gestores realizam matriciamento de saúde mental <u>regular</u> nesta Unidade.....			SIM	NÃO
	<i>(OBS.: Matriciamento é a estratégia que valoriza a prática do cuidado no âmbito do território, enfatizando a singularidade do sujeito, sem fragmentar o cuidado, pois considera ainda as dimensões familiares, socioculturais, econômicas e biopsicossociais, que envolvem o cotidiano das ações para a promoção da saúde e mantém o foco no sujeito e não apenas na patologia. É, assim, uma <b>capacitação</b> ampliada e específica, que decorreu da filosofia da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80)</i>				
<b>8) CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b>					
111....	8.1 - Antes da lotação na Unidade, algum técnico participou de capacitação.....			SIM	NÃO
112	8.2 - Houve Capacitação inicial da Equipe .....			SIM	NÃO
113	8.3 - Há Capacitação eventual da Equipe.....			SIM	NÃO
114	8.4 – Há Capacitação periódica da Equipe .....			SIM	NÃO
	8.5 - Qual foi a forma da última capacitação:				
115	1   Curso	2   Seminário	3   Oficina	4   Supervisão clínica Institucional	5   Outro
116....	8.6 - Há dificuldades no atendimento aos usuários de álcool e drogas na unidade.....			SIM	NÃO
117	8.7 - Há dificuldades no atendimento aos usuários com transtornos mentais na unidade .....			SIM	NÃO
118	8.8 - O quanto você se sente em condições para lidar com os problemas de álcool e/ou outras drogas:				
		1   Não me sinto	2   Regular	3   Bem	4   Muito bem
119....	8.9 - O quanto a equipe se sente em condições para lidar com os usuários com transtornos mentais:				
		1   Não me sinto	2   Regular	3   Bem	4   Muito bem
<b>9) ARTICULAÇÃO DE REDE</b>					
	9.1 – Onde acontece o tratamento em saúde mental na região desta Unidade em ordem decrescente. (Assinale os itens				

correspondentes) (> 1 Alternativa)

120....  
121  
122....  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129

1 - UBS/PSF
2 - CAPS
3 - CAPSad
4 - Ambulatório
5 - PA/PS
6 - SAMU
7 - HOSP. GERAL
8 - Hosp. Psiquiátrico
9 - Comunidade Terapêutica
10 - Outra

9.2 - Onde acontece o tratamento para problemas de álcool e outras drogas na região desta Unidade por ordem decrescente (Assinale os itens correspondentes) (> 1 Alternativa)

130...  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138....

1 - UBS/PSF
2 - CAPS
3 - CAPSad
4 - Ambulatório
5 - PA/PS
6 - SAMU
7 - HOSP. GERAL
8 - Hosp. Psiquiátrico
9 - Comunidade Terapêutica

9.3 - Enumere na coluna à esquerda, em ordem decrescente os três profissionais desta Unidade mais envolvidos no atendimento aos usuários (> 1 Alternativa)

1 - Coord./Diretor/Comand./Juiz/Promot/Deleg.
2 - Médico
3 - Enfermeiro
4 - Psicólogo
5 - Assistente Social
6 - Outro Prof. Universitário de Saúde
7 - Promotor de Justiça

8 - Escrivão
9 - Outro Prof. Militar
10 - Guarda Penitenciário
11 - Outro Conselheiro Tutelar
12 - Outro Profissional Universitário
13 - Prof. Nível Médio
14 - Outro

9.4 - Enumere em ordem decrescente os profissionais que fazem o encaminhamento dos usuários para outras Unidades (> 1 Alternativa)

147....  
148  
149....  
150  
151  
152  
153  
154

1 - Coordenador
2 - Médico
3 - Enfermeiro
4 - Psicólogo
5 - Assistente social
6 - Outro prof. Universitário da saúde
7 - Profissional Universitário outro
8 - Profissional de nível médio

9.5 - Quando o atendimento se dá em outras Unidades da Rede existem modos para acompanhar o tratamento nessa Unidade (contra-referência).....  SIM  NÃO

9.6 - Coloque em ordem decrescente os três modos de contato mais frequentes (> 1 Alternativa)

156-1612  
157-162  
158-163  
159-164  
160

1 - Não há contato
2 - Reunião com o serviço
3 - Visita ao usuário no outro serviço
4 - Relatórios da Unidade de tratamento
5 - Telefonemas para a Unidade de tratamento

8 - Notícias pela família
9 - Outro Prof. Militar
10 - Discussão do caso
11 - Outro
Qual .....
.....

9.7 - Há, na sua região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários com transtornos mentais para os casos atendidos nesta Unidade .....  SIM  NÃO

9.8 - Há, na sua região, algum serviço ou equipe de apoio na atenção aos usuários de álcool e outras drogas para os casos atendidos nesta Unidade .....  SIM  NÃO

9.9 - Se SIM assinala a(s) alternativa(s) correspondente(s) (> 1 Alternativa)

168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175

1 - NASF
2 - UBS/PSF
3 - CAPS
4 - CAPSad
5 - Ambulatório
6 - PA/PS/UPA
7 - SAMU
8 - HOSP. GERAL

