



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM SALVADOR**

Salvador - BA
2022

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, para conclusão de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Orientadora: Catharina Leite Matos Soares

Salvador - BA
2022

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

V164a Valério, Jéssica Janai Meneses.

Análise de implantação da Rede Psicossocial em Salvador / Jéssica Janai Meneses Valério. -- Salvador: J.J.M. Valério, 2021.

121 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Catharina Leite Matos Soares

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Análise de Implantação. 2. Rede de Atenção Psicossocial. 3. Rede de Atenção à Saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

JÉSSICA JANAI MENESES VALÉRIO

Análise de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 03 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:

Profa. Catharina Leite Matos Soares - Orientadora - ISC/UFBA

Profa. Sônia Cristina Lima Chaves – FO/UFBA

Prof. George Amaral Santos - EEUFBA

Salvador

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, razão da minha existência, que permitiu minha entrada no mestrado acadêmico de uma maneira tão inesperada e meu deus forças nos momentos em que mais precisei para continuar seguindo em frente.

A meu esposo Iury e minha mãe Simone que tanto sonharam e incentivaram a minha entrada no mestrado e sempre me apoiaram com tanto amor, cuidado e paciência.

A toda minha família (meu pai, meus irmãos, avó, tias, tios, primas e primos) que de alguma maneira torceram por mim e sempre desejaram meu bem.

Ao Instituto de Saúde Coletiva, que desde a graduação me fez conhecer e me apaixonar pela Saúde Coletiva e continua contribuindo através da pós graduação com uma excelente equipe de professores, uma direção muito competente e responsável e um grande cuidado com os discentes.

A minha orientadora Catharina, por me incentivar e me fazer acreditar que era possível o ingresso no mestrado num momento tão corrido da minha vida. Também por junto comigo pensar e estruturar meu projeto de pesquisa, pela confiança e autonomia dada a mim nessa caminhada, pela paciência e por acreditar que eu conseguiria mesmo em situações difíceis e num período atípico de pandemia.

Aos amigos como Andrea Lais, Lilian, Fabiane Nunes e Ana Cláudia que de alguma forma incentivaram e apoiaram essa trajetória, seja por meio de palavras ou por meio de orações.

A todos os colegas das disciplinas cursadas que com suas falas, trabalhos realizados em conjunto me proporcionaram crescimento e trocas de aprendizagem.

VALÉRIO, Jéssica Janai Meneses. Análise de Implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador. 112 f., 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

A política de saúde mental brasileira é o resultado de lutas e mobilização visando os direitos humanos, num momento de redemocratização do país, em que houve vários movimentos e legislações para redirecionar o modelo assistencial nessa área. Em 2011 foi publicada a portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental visando ampliar o acesso e integrar diferentes pontos de atenção no cuidado à saúde mental. Estudos no país revelam a demanda de saúde mental organizada a partir da Atenção Básica, com apoio de outros serviços, mas também dificuldade destes profissionais em lidar com as necessidades de saúde mental, bem como pouca articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), resultando então numa rede ainda centrada apenas nos CAPS e hospitais psiquiátricos, com aumento de procura pela urgência/emergência psiquiátrica. Tal realidade é vista em Salvador, que possui lacunas de trabalhos avaliativos sobre essa temática e que contemplem todo município. Este trabalho tem o objetivo de analisar a implantação da RAPS em Salvador, no período de 2006 a 2020. É um estudo de avaliação com abordagem qualitativa. Para a fundamentação teórica utilizou-se a teoria do jogo social de Carlos Matus a fim de trazer elementos do contexto de implantação da rede. Foi elaborado um modelo lógico apresentando como a RAPS deve ser operacionalizada considerando seus objetivos, atividades em cada ponto de atenção e os resultados intermediários e finais. Os dados foram coletados por meio de documentos oficiais, bem como entrevistas e grupos focais online com informantes chave. O material foi processado e analisado à luz do modelo lógico e da teoria do jogo social. Para aferir o grau de implantação da rede foi criada uma matriz com dimensões de análise e indicadores submetidos a técnica de consenso. Os resultados revelaram que o prêmio disputado no jogo social é o modelo de atenção à saúde da RAPS. Essa rede apresentou um grau de implantação incipiente distante de alcançar a atenção integral aos usuários. Os jogos macro organizacional, da comunicação e das ciências que tiveram maior influência sobre os nós críticos para implantação, tendo em vista que para os jogadores terem desejo pela jogada e capacidade para jogar precisam de estrutura de trabalho adequada, conhecimentos/formação, bem como se relacionar com outros jogadores. É preciso que a implementação da RAPS seja uma política de governo do município e que haja ações de planejamento para superar os principais nós críticos, bem como acompanhamento dessas ações por meio dos sistemas de informação para os ajustes necessários.

Palavras Chaves: Análise de implantação, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde

VALÉRIO, Jessica Janai Meneses. Analysis of the Implementation of the Psychosocial Care Network in Salvador. 112 f., 2021. Dissertation (Masters in Public Health) – Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

The Brazilian mental health policy is the result of struggles and mobilization of human rights, at a time of the country's redemocratization, where there were several movements and legislation to redirect the care model in this area. In 2011 the ordinance was published establishing the Psychosocial Care Network (RAPS) for people with suffering or mental disorder, expanding the access and integrating the points of care in mental health care. Studies in the country reveal a demand for mental health organized from Primary Care, with support from other services, but also the difficulty of these professionals in dealing with mental health needs, as well as little articulation with the updated Psychosocial Care Centers (CAPS) resulting in a network still centered only on CAPS and psychiatric hospitals, with increased demand for psychiatric urgency/emergency. This reality is seen in Salvador, which has gaps in studies evaluated on this theme and which covers the entire city. This work aims to analyze the implementation of RAPS in Salvador, from 2006 to 2020. It is an evaluation study with a qualitative approach. For the theoretical foundation Carlos Matus' theory of social game was used in order to bring elements of the context of network deployment. A logical model designed as a RAPS should be operationalized considering its objectives, activities at each point of care and intermediate and final results was elaborated. Data were collected through official documents, as well as interviews and online focus groups with key informants. All material was processed and analyzed in the light of the logical model and social game theory. To measure the degree of implementation of the network, a matrix was created with analysis dimensions and indicators submitted to the consensus technique. The results revealed that the prize disputed in the social game is the RAPS health care model. This network showed an incipient degree of implementation far from achieving comprehensive care for users. The macro organizational, communication and science games that have greater influence on nodes due to implementation, considering that for players to have the desire for the game and the ability to play, they need an adequate work structure, knowledge / training, as well as relate to other players. It is necessary that the implementation of RAPS is a municipal government policy and that there are planning actions to overcome the main knots, as well as the monitoring of these actions through the information systems for the necessary basic adjustments.

Key Words: Implementation Analysis, Psychosocial Care Network, Health Care Network.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AISM	Apoiador Institucional em Saúde Mental
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRASP	Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial
DS	Distrito Sanitário
DEPG	Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão
ESF	Estratégia de Saúde da Família / Equipe de Saúde da Família
ECR	Equipes dos Consultórios na Rua
ESF	Equipe de Saúde da Família
GT	Grupo de trabalho
ISC	Instituto de Saúde Coletiva.
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAP	Pronto Atendimento Psiquiátrico
PMS	Plano Municipal de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT	Residência Terapêutica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMPRE	Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza
SESAB	Secretaria de Saúde da Bahia
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia.
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Caracterização dos participantes das entrevistas e grupos focais, Salvador, 2021
- Quadro 2** Caracterização dos especialistas participantes da validação dos indicadores de saúde mental para o grau de implantação
- Quadro 3** Distribuição da pontuação dos indicadores conforme marcação e comentário dos especialistas que participaram da validação dos indicadores para o grau de implantação
- Quadro 4** Matriz de dimensões, critérios, pontuação dos indicadores e normas para estimar o grau de implantação da RAPS em Salvador
- Figura 1** Modelo lógico da Rede de Atenção Psicossocial de Salvador, 2021
- Quadro 5** Distribuição dos pontos de atenção por componentes da RAPS em Salvador, 2021
- Gráfico 1** Distribuição dos problemas do estado de Saúde Mental elencados pelos Distritos Sanitários, nas oficinas distritais de priorização de problemas, segundo temática, Salvador, 2017
- Gráfico 2** Distribuição dos problemas do serviço de Saúde Mental elencados pelos Distritos Sanitários, nas oficinas distritais de priorização de problemas, segundo grupo, Salvador, 2017.
- Gráfico 3** Percentual de implantação dos critérios referentes a dimensão acesso aos serviços de saúde da RAPS de Salvador
- Gráfico 4** Percentual de implantação dos critérios referentes a dimensão integração entre os pontos de atenção da RAPS de Salvador
- Quadro 6** Síntese das propostas relacionadas diretamente a implantação da RAPS segundo os planos municipais de saúde de Salvador, no período de 2006 a 2021
- Quadro 7** Síntese das atividades referente a estruturação de pontos de atenção da RAPS realizadas, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019
- Quadro 8** Síntese das ações de comunicação/integração para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019
- Quadro 9** Síntese das atividades formativas e de educação permanente e formações para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019
- Quadro 10** Síntese das ações comunitárias e mobilizações sociais para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019
- Quadro 11** Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da RAPS em Salvador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
4 METODOLOGIA	20
4.1 DESENHO DE ESTUDO	20
4.3 MODELO LÓGICO	20
4.3.1 Descrição do modelo lógico	21
4.3.2 Componentes do modelo lógico	24
4.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS	28
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	39
5. RESULTADOS	39
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA RAPS EM SALVADOR	39
5.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SMS PARA IMPLANTAÇÃO DA RAPS	43
5.2.1 Propostas gerais	43
5.2.2 Estrutura operacional	45
5.2.3 Comunicação/integração	46
5.2.4 Educação permanente	51
5.2.5 Mobilizações sociais	54
5.3 IMPLANTAÇÃO DOS COMPONENTES DA RAPS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR: DISTÂNCIA ENTRE O IDEAL E O REAL	56
5.3.1 Componente Atenção Básica	56
5.3.2 Componente Atenção Especializada	61
5.3.3 Componentes Atenção de Urgência e Emergência e Hospitalar	67
5.3.4 Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	70
5.3.5 Componente Estratégia de Desinstitucionalização	71
5.3.6 Componente Reabilitação Psicossocial	73
5.4 ASPECTOS CRÍTICOS NA IMPLANTAÇÃO DA RAPS	74
5.5 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RAPS	82
5.3.1 Dimensão acesso	90
5.3.2 Dimensão Integração	92
6 DISCUSSÃO	93
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	109

APRESENTAÇÃO

A minha formação como sanitarista, me proporcionou uma visão ampliada a respeito do conceito de saúde, que já aproxima a saúde mental como parte do pensar e fazer saúde, por meio de um olhar integral para o ser humano. Desde a graduação, me aproximei das questões de saúde mental por meio de fóruns e do estágio de vivência do SUS onde pude conhecer um pouco mais da realidade de alguns CAPS. Também na Residência em Saúde da Família, em que desenvolvia a função de apoio institucional, já acompanhava a equipe nas discussões e cuidados com alguns usuários de saúde mental.

Por ser uma temática que sempre me atraiu, na minha segunda Residência de Política Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva, tive a oportunidade de estagiar na Diretoria de Atenção à Saúde (DAS), junto a coordenação de saúde mental. Durante esse tempo, pude me debruçar sobre materiais existentes à nível nacional e local, sobre a temática. Nesse período, desenvolvi em parceria com outra colega, como produto de estágio, um documento de identificação e análise das informações em saúde mental no município de Salvador, tendo como propósito descrever as principais lacunas de informação sobre o tema e apoiar na construção do termo de referência do Projeto Girassóis de Rua, em vigência no período.

Nessa experiência, houve aproximação maior não só com a temática como também com atores estratégicos que me fizeram refletir sobre a necessidade de entender melhor sobre essa rede e seu funcionamento, inclusive acerca de como a mesma estava implantada no município. Foi quando surgiu a oportunidade de ingressar no mestrado acadêmico do ISC/UFBA e pude escrever e me debruçar ainda mais sobre a Rede de Atenção Psicossocial na presente pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, tendo como base o tema dos direitos humanos, na luta pela redemocratização do país, além de experiências exitosas de países europeus que substituíram o modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por serviços comunitários com forte inserção territorial (BRASIL, 2013b).

A reforma psiquiátrica apresenta um conjunto de ações críticas aos modelos tradicionais de assistência aos indivíduos com transtornos mentais, que eram tratados apenas em manicômios, numa busca por modelos de cuidados alternativos que visassem o sujeito como um todo e buscassem a promoção da saúde mental.

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica acumulou força com diversos acontecimentos no país desde a década de 80 a saber: o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, em 1983, em Belo Horizonte; o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em 1985; a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 no Rio de Janeiro e no II Encontro Nacional dos Trabalhadores (PITTA, 2011). No Congresso de Trabalhadores foi pactuado o lema “Por uma sociedade sem manicômios” que seguiu animando a utopia da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Até então, as Santas Casas de Misericórdia se constituíam como espaço de recolhimento para os considerados “loucos” que por um motivo ou por outro representavam uma ameaça “à lei e à ordem social” (VIEGA, 2012). Os cuidados médicos eram restritos a grupos como o de trabalhadores do mercado formal e contribuintes autônomos (ARRETCHE, 2018).

Com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), houve o reconhecimento do direito universal à saúde e por meio da constituição de 1988, o desencadeamento da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema universal e gratuito. Nesse processo, houve a inclusão daqueles excluídos que não faziam parte dos direitos sociais (ARRETCHE, 2018). Dentre eles os usuários de saúde mental. A partir disso e dos movimentos no âmbito da reforma psiquiátrica, vários hospitais psiquiátricos foram fechados com uma nova concepção de uma atenção aos usuários de saúde mental visando o pleno exercício da cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia (BRASIL, 2013b).

Em 1990, o país fez um compromisso com a Declaração de Caracas por meio de um

documento produzido na “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina”, que visava a regulamentação e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dias e outros serviços de atendimento diário, a pessoa com transtorno mental (FREIRE, 2018).

Após alguns anos, os CAPS foram incorporados na estrutura de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de realizar o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2004).

Em 1991, o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para a criação de uma rede extra hospitalar, apoiando a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. Paralelamente, foram instituídas e efetivamente observadas regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

Os serviços de saúde eram baseados ainda na demanda, com predomínio da oferta hospitalar, sem lógica regional e com pouca regulação. De acordo com o estudo de Magalhães Junior (2014) foi a partir de 1991 que gestores municipais e estaduais começaram a realizar planejamentos em saúde com lógica sistêmica, com fluxos organizados, algumas ferramentas regulatórias, a exemplo do uso da assistência especializada por meio de encaminhamentos a partir dos serviços básicos.

O modelo de atenção à saúde vigente ainda fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, foi se mostrando insuficiente para dar conta dos desafios sanitários e insustentável para os enfrentamentos futuros da situação de saúde (BRASIL, 2017). Dessa forma, as Redes de Atenção à Saúde vieram como forma de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, bem como qualificar a gestão do cuidado, inclusive para a saúde mental.

O trabalho em rede foi determinado desde a Constituição Federal de 1988, no entanto o SUS começou a ser constituído sem uma rede articulada e integrada de atenção, com baixa capacidade gestora, diferente do que foi idealizado nos princípios constitucionais. Os primeiros anos foram marcados por fragmentação, desvinculação do processo de planejamento e gestão das necessidades em um determinado território e da população (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216 que afirma os direitos dos usuários de saúde mental e redireciona o modelo assistencial nessa área (BRASIL, 2013b). Uma vez homologada esta Lei, ficou prescrita a elaboração de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há longo tempo institucionalizado e para as situações de grave dependência institucional (PITTA, 2011).

O debate teórico sobre a RAS se deu por uma longa discussão feita no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, em 2006, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde, sob a forma de rede, como estratégias essenciais para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade. A consolidação desse debate se deu com a publicação da Portaria n° 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

O Decreto Presidencial nº 7508/2011 trouxe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013b). Em 2011, é lançada a portaria nacional Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que institui a RAPS, com a finalidade de ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Essa rede de saúde mental envolve distintos níveis de atenção à saúde perpassando por 07 componentes: Atenção Básica (AB)/Atenção Primária a Saúde (APS), Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégia de Reabilitação Psicossocial. A referida portaria trouxe algumas definições e orientações para o funcionamento de cada componente, bem como seus pontos de atenção.

Diversos trabalhos têm estudado a implantação desta rede no país. No componente da Atenção Básica (AB), estudo realizado em Sobral/CE apresenta à rede de saúde mental sendo organizada a partir desse nível de atenção com apoio de outros serviços, que acolhem os usuários e realizam encaminhamentos necessários (QUINDERÉ, JORGE e FRANCO, 2014). Em contrapartida, trabalhos realizados por Ramalho (2018), em Brasília/DF, e por Nóbrega et al. (2017), em São Paulo/SP evidenciam dificuldades dos profissionais de saúde da Atenção Primária em lidar com as necessidades de saúde mental e realizar escuta qualificada dos usuários.

Esse desafio aparece em outros trabalhos de distintos municípios, Arcos e Diamantina, de Minas Gerais. Neles, os autores apontam a falta de preparação técnico e profissional dos profissionais da AB para prestarem atendimento em saúde mental (FERNANDES, ROCHA e FRAZÃO, 2014; PARREIRA, 2017). Em adição, outros trabalhos mostram preconceitos advindos, inclusive, de profissionais de saúde para lidar com as questões de saúde mental, tanto na Baixada Fluminense/RJ como em Arcoverde/PE, respectivamente (MIRANDA, OLIVEIRA e SANTOS, 2014; VASCONCELOS e BARBOSA, 2019).

Os estudos de Oliveira e colaboradores (2017) realizado no Rio de Janeiro/RJ e de Zanardo e outros (2017) realizado em Porto Alegre/RS, apontam para o funcionamento da RAPS ainda centrado nos CAPS e hospitais. No município de Arcos/MG é notada uma falta de articulação entre a Atenção Básica e o CAPS (FERNANDES, ROCHA e FRAZÃO, 2014). Na pesquisa de Moreira e Campos (2017), realizada em São Paulo/SP, usuários tiveram a percepção de dificuldades ou até falta de acesso aos pontos de atenção da rede e que apenas nos CAPS conseguiam ser atendidos. Embora haja relato de atenção humanizada e de qualidade em CAPS, como no estudo de Saete et al. (2010), no Sobral/CE, o centro é criticado como um serviço que se fecha em si mesmo sem a integração com toda RAPS (LIMA e GUIMARÃES, 2019). O estudo de Alves et al. (2016) constatou que, em Brasília/DF, a RAPS é resumida apenas a demandas atendidas pelos CAPS.

Miliauskas et al. (2019) revelaram a associação entre o aumento da cobertura de CAPS e da Atenção Básica entre 2008 a 2015 e a diminuição do número de internações psiquiátricas, tanto na cidade do Rio de Janeiro como em São Paulo. Mesmo assim, outro estudo no Rio de Janeiro revela que ainda há um número elevado de pessoas que procuram apenas os serviços de urgência/emergência psiquiátrica (FAGUNDES JÚNIOR, DESVIAT e SILVA, 2016).

Sobre o componente da urgência e emergência, estudo em Porto Alegre/RS revela que a causa da grande procura por esse tipo de serviço é a inexistência de uma relação com os demais pontos da RAPS, os usuários são atendidos quando buscam espontaneamente e não há diálogo com os profissionais que já realizam seu acompanhamento (ZANARDO, BIANCHETTI e ROCHA, 2018). Na rede de atenção psicossocial analisada no município de Recife/PE foi detectada a ausência de emergência psiquiátrica municipal (SILVA, 2015).

Em Salvador, apesar da dificuldade de atendimento no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (MEDRADO et al., 2018), foi possível observar certo grau de conhecimento da rede por profissionais da emergência e iniciativas de comunicação da mesma por meio de

fichas de referência e contrarreferência além de contatos telefônicos para discussão de encaminhamentos, no entanto ainda sem padronização do procedimento (AZEVEDO, 2010).

É possível notar falhas e dificuldades na assistência do SAMU no município de Picos carregada ainda de traços do atendimento hospitalocêntrico, em que profissionais destacam não se sentir parte da RAPS e ter um papel apenas para medicação/sedação dos pacientes, além de levá-los para os demais serviços especializados em atenção psicossocial no município (PEREIRA e MAIA, 2018).

Sobre os hospitais, estudo em São Paulo revela falta de leitos de internação em hospital geral e poucos leitos para manejar a crise em pronto socorro/emergência psiquiátrica (NÓBREGA et al., 2017). No Rio de Janeiro, há reclamações de profissionais do CAPS para conseguir vagas de internação para pacientes com intercorrências clínicas, além da existência de encaminhamentos do serviço pré-hospitalar e postos de saúde para o CAPS sem uma avaliação prévia, obrigando-os a receber pessoas que precisariam de outro tipo de intervenção (MIRANDA, OLIVEIRA e SANTOS, 2014).

O conjunto de trabalhos que abordam a atenção hospitalar em saúde mental mostram que muitos hospitais gerais ainda não conseguem dar resposta às necessidades de saúde mental, como por exemplo, um hospital público de Picos/PI que encaminha muitos casos diretamente ao hospital psiquiátrico (PEREIRA e MAIA, 2018). E em Porto Alegre/RS, foi identificado afastamento do hospital para saúde mental, referindo que a rede tem uma falha em relação ao nível terciário e não identificavam um movimento deste em iniciar o contato com demais serviços (ZANARDO, BIANCHETTI e ROCHA, 2018).

Em Sobral/CE, as residências terapêuticas tem funcionado e viabilizado o cuidado a nível residencial para as pessoas que precisam deste tipo de serviço (QUINDERÉ, JORGE e FRANCO, 2014). Em estudo realizado em cinco municípios do Rio Grande do Sul (RGS) de Antonacci et al. (2013), nota-se que quando há necessidade de internação hospitalar os trabalhadores do Serviço de Residência Terapêutica dialogam com a Santa Casa de Misericórdia e com o médico responsável para verificar a disponibilidade de leitos e solicitar uma avaliação quando não há disponibilidade de leitos no hospital.

Estudo realizado em Fortaleza/CE aponta avanços na implementação de serviços de ênfase comunitária na assistência à saúde mental (FERNANDES, LIMA e OLIVEIRA, 2019). Mas, em outros locais, como no Rio Grande do Sul, desafios persistem no que se refere ao número insuficiente de trabalhadores que compõem os Serviços Residenciais Terapêuticos

(SRT) (ANTONACCI et al., 2013). Ainda neste estudo, é reforçada a importância desses serviços terem apoio de outros da rede para o atendimento dos moradores, já que não conta com profissional de nível superior formado na área da saúde, o que é previsto na política do SRT.

Em pesquisa recente, realizada em Goiás/DF sobre desinstitucionalização em cada ponto de atenção da RAPS, é possível observar que há avanços, porém a concretização dos processos de desinstitucionalização está longe de se encerrar, há muitas barreiras estruturais de consolidação da RAPS (VAZ et al., 2019). O trabalho de Silva (2015), em Recife/PE aponta essa estratégia como um componente vulnerável da RAPS, pois apesar da expansão do número de SRT o município analisado não avançou na desinstitucionalização dos egressos de hospitais psiquiátricos, também há ausência de Centros de Convivência e ações intersetoriais.

As experiências analisadas revelam a RAPS do Brasil incompleta, fragmentada, insuficiente, com ausência de pontos de atenção e de ações intersetoriais (SILVA, 2015; PARREIRA, 2017; NÓBREGA et al., 2017; PEREIRA e MAIA, 2018; ALVES et al., 2016; MACEDO, 2019). Ainda há lacuna de pesquisas avaliativas contemplando todos os componentes da rede.

Os poucos estudos encontrados sobre o município de Salvador identificaram um cenário semelhante ao do país, com encaminhamentos não resolutivos, articulação insuficiente da rede, falta de acolhimento dos usuários pelos serviços de saúde, falta de experiência e de identificação profissional com as demandas da saúde mental, entre outros (MEDRADO et al., 2018 e AZEVÊDO, 2010). Além disso, esses estudos mostraram a prevalência de encaminhamentos sem projetos terapêuticos comuns entre o CAPS e a Atenção Básica e falta de ações de matriciamento.

Diante da revisão de literatura foi possível notar, em âmbito nacional, ausência de estudos avaliativos sobre a RAPS contemplando todos os componentes, além disso não foi encontrado um trabalho que analisasse a RAPS de todo município de Salvador, os trabalhos encontrados estudaram apenas alguns pontos de atenção de um distrito sanitário. É diante destes achados que este trabalho se torna relevante, a fim de realizar uma avaliação sobre como está o funcionamento da RAPS soteropolitana e em que medida a rede está implantada, contemplando todos os componentes e o município de maneira integral, que possui 12 distritos sanitários, diferente dos outros estudos que analisaram apenas um distrito.

A investigação trará uma descrição sobre as ações municipais que têm sido desenvolvidas para a RAPS e uma compreensão sobre como os pontos de atenção estão estruturados e

articulados. A partir dessa análise, será evidenciado quais elementos do contexto do município dificultam ou facilitam a implantação da rede e assim levantar os nós críticos e problemas mais relevantes para subsidiar o planejamento de ações e uma melhor tomada de decisões dos gestores para o avanço da referida rede.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, em Salvador, no período de 2006 a 2020.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações propostas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para a implantação da RAPS.
- Descrever a implantação da referida rede.
- Analisar os avanços e nós críticos para o desenvolvimento da RAPS.
- Aferir o grau de implantação da referida rede.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 dispõe sobre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente desenvolvida no âmbito de uma Região de Saúde. Para ser considerada uma Região de Saúde é preciso conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Dentro da região de saúde, a RAS é constituída por uma população vinculada a uma estrutura operacional com diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde. Essa estrutura envolve a atenção primária à saúde, secundária e terciária, bem como os sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários), os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, informação em saúde) e o sistema de governança (gestão de todos os componentes) (MENDES, 2014).

A RAS tem o objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, efetividade clínica e sanitária e, eficiência econômica (BRASIL, 2017). Essa rede é pautada na Clínica Ampliada, enquanto uma forma de trabalhar em saúde por meio da interação horizontal entre os diferentes sujeitos da equipe, em que os profissionais assumem compromisso ético e responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde com foco nas necessidades de saúde do usuário (BRASIL, 2007).

Considerando que a organização do cuidado em saúde tem suas singularidades, o Ministério da Saúde definiu redes temáticas de atenção à saúde, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), se constituindo como parte da política de saúde mental brasileira e do movimento pela reforma psiquiátrica, instituída pela portaria 3.088 de 2011.

Neste trabalho, a RAPS, enquanto uma política de saúde mental brasileira será avaliada a partir de uma análise de implantação, que segundo Silva (2014) tem o objetivo de estabelecer em que medida uma intervenção está sendo implantada conforme concebida e se essa implantação corresponde à sua adequada operacionalização. Faz parte dessa análise, o grau de implantação onde é realizada uma descrição dos principais componentes da intervenção e depois se atribui uma pontuação máxima para cada componente da operacionalização do plano.

A análise de implantação também consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação, visando apreciar o modo como, em um contexto particular, uma intervenção provoca mudanças (BROUSSELLE et al., 2011). Além disso, por meio da análise de implantação, é possível delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção.

O contexto não apenas modifica uma intervenção como também contribui diretamente para o processo de implantação por meio de barreiras à implantação ou fatores facilitadores (BROUSSELLE et al., 2011). Para fins deste tipo de análise será utilizada a teoria do jogo social de Matos (2005). Segundo o autor, há baixa qualidade nos governos pois há muito esforço para conquistar o poder e pouco para governar com um divórcio entre a teoria e a prática. Dessa forma o sistema social é considerado um grande jogo complexo composto de vários jogos individuais entrelaçados, onde há distribuição e constante luta pelo poder, que confere vantagem há uns e desvantagens a outros. A dinâmica do jogo é criativa realizada por atores/jogadores dotados de imaginação e guiados por motivações pessoais e sociais capazes de

assumir condutas imprevisíveis e de ser protagonista no processo de produção social. Cada ator social possui ou controla uma combinação variada de recursos em cada jogada que altera o jogo e pode gerar problemas para uns e benefícios para outros.

Diante disso, para análise do contexto, a gestão municipal de saúde de Salvador é compreendida como um jogo social e a implantação da RAPS como resultado da produção social deste jogo; os atores/jogadores são os gestores e profissionais de saúde que vivem situações diferentes com distintos problemas e oportunidades. Cada jogada nos últimos anos se constituiu como ação, desse modo é preciso identificar estas ações e seus resultados, a fim de corrigir os problemas identificados. Vale destacar que há visões diferentes sobre a evolução do jogo e sobre os problemas que ele coloca. Trata-se de um jogo difuso e de incertezas, onde há relação de competição, cooperação ou conflito entre jogadores.

O jogo social é integrado por jogos que se desenvolvem em planos paralelos que se intersectam, cada jogador joga com os recursos que possui acumulados. A fim de analisar o contexto de implantação da RAPS serão utilizados, dentre os nove jogos apresentados pelo autor, seis jogos sociais que ajudarão a identificar os elementos contextuais que se aliam com os objetivos deste estudo, a saber:

- **Jogo político:** diz respeito à produção e distribuição do poder político entre diversos atores com forças e interesses distintos; combina as motivações pessoais com as ideológicas, expressa por meio de projetos sociais.
- **Jogo econômico:** é disputado e distribuído pelo poder econômico, que tem como função produzir bens e serviços para satisfazer as necessidades da população. É um jogo que liberta ou subjuga o homem através da satisfação das necessidades econômicas e da lógica de mercado, envolvendo empresários e consumidores.
- **Jogo da vida cotidiana:** aborda o poder comunitário, em que o homem luta para resolver problemas da vida cotidiana e as necessidades comunitárias, inclusive os de saúde, visando a qualidade de vida.
- **Jogo da comunicação:** opera com a lógica da linguagem como poder de comunicação, onde existe disputa pela transparência, opacidade e controle da interação humana. Este jogo concentra a circulação das comunicações nos espaços geográficos e institucionais, onde podem acontecer desigualdades e atritos comunicacionais.
- **Jogo macro organizacional:** apoia todos os outros jogos através de organizações onde é disputado o poder burocrático e institucional, é um jogo de coordenação, concorrência

e cooperação institucional, de luta pela distribuição de governança e de poder organizacional.

- **Jogo das ciências:** constituído pelo poder cognitivo, cuja função é criar, acumular, conservar e distribuir conhecimentos, que se modifica por meio da reflexão teórica, da pesquisa científica e da ação experimental, que traz elementos para identificação da distância entre a ciência produzida e a política na prática.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo avaliativo com abordagem qualitativa desenvolvido no município de Salvador/Bahia, no período entre 2006 a 2020. A abordagem qualitativa permitiu o aprofundamento nos significados das ações e relações humanas (MINAYO, DESLANDES e GOMES, 2001). Além disso, suas técnicas conferem maior eficiência na produção do conhecimento acerca dos problemas da realidade social, incluindo os problemas afeitos à saúde coletiva (ALMEIDA FILHO, 2003).

Trata-se de uma análise de implantação tendo em vista que será realizado um julgamento sobre características de práticas sociais em um contexto particular. Segundo Silva (2014) há níveis da realidade a se estudar numa pesquisa avaliativa, para este trabalho será realizada a avaliação de uma política, especificamente a de saúde mental, por meio da análise de implantação da RAPS considerando seu contexto e ainda será realizada a avaliação do grau de implantação da referida rede.

4.3 MODELO LÓGICO

Para fundamentar teoricamente o campo que se pretende explorar foi elaborado um modelo lógico, compreendido como “*esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados*” (MEDINA et al., 2005 p.46).

O modelo lógico é considerado também, como a análise da plausibilidade dessas relações, ou seja, uma análise lógica da teoria do programa. Com o modelo lógico é possível explicitar a teoria do programa e comunicar qual seu funcionamento esperado, possibilitando a identificação de questões que podem ser colocadas para avaliação (CASSIOLATO e GUERESE, 2010).

4.3.1 Descrição do modelo lógico

Neste trabalho, o modelo lógico (Figura 1) foi construído a partir da análise e revisão de documentos normativos a saber: cadernos da atenção básica (números 28, 34 e 39) que abordam amplamente o acolhimento e a saúde mental na atenção básica, perpassando por outros componentes; a portaria 3.088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial; a portaria de consolidação 03 de 2017 que consolida normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, dentre elas a RAPS. A construção da figura foi baseada na coerência do ‘se – então’ para que houvesse relações entre objetivos, atividades e resultados da RAPS, buscando entender a lógica da RAPS. Com base nisso, se as atividades são executadas, logo há os resultados intermediários, que por sua vez, se desdobram no resultado final.

O modelo foi estruturado a partir dos objetivos gerais da RAPS:

- a) Promover acesso dos usuários aos diversos pontos de atenção.
- b) Realizar articulação e integração entre os pontos de atenção e suas respectivas atividades.

Em relação às atividades relacionadas ao primeiro objetivo, o acesso é considerado como a capacidade do usuário obter, quando necessitar, cuidado de saúde de maneira fácil e conveniente (ACURCIO e GUIMARÃES, 1996). Esse acesso perpassa pelo acolhimento que é uma prática/postura em todas as relações de cuidado no ato de receber e escutar pessoas, serve como um mecanismo de ampliação/facilitação do acesso e como dispositivo de (re) organização do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013a). O acolhimento refere-se também as intervenções a serem realizadas com a demanda espontânea de usuários que chegam às unidades, onde há estratificação de risco e vulnerabilidade segundo a necessidade do usuário (BRASIL, 2013a). A partir daí se desdobram os atendimentos, encaminhamentos e todo acompanhamento do usuário dentro da rede.

Nesse sentido, as atividades que se desdobram do acesso (acolhimento, atendimento, acompanhamento, oferta de geração de renda) foram apresentadas em cores distintas para representar os 07 componentes da RAPS.

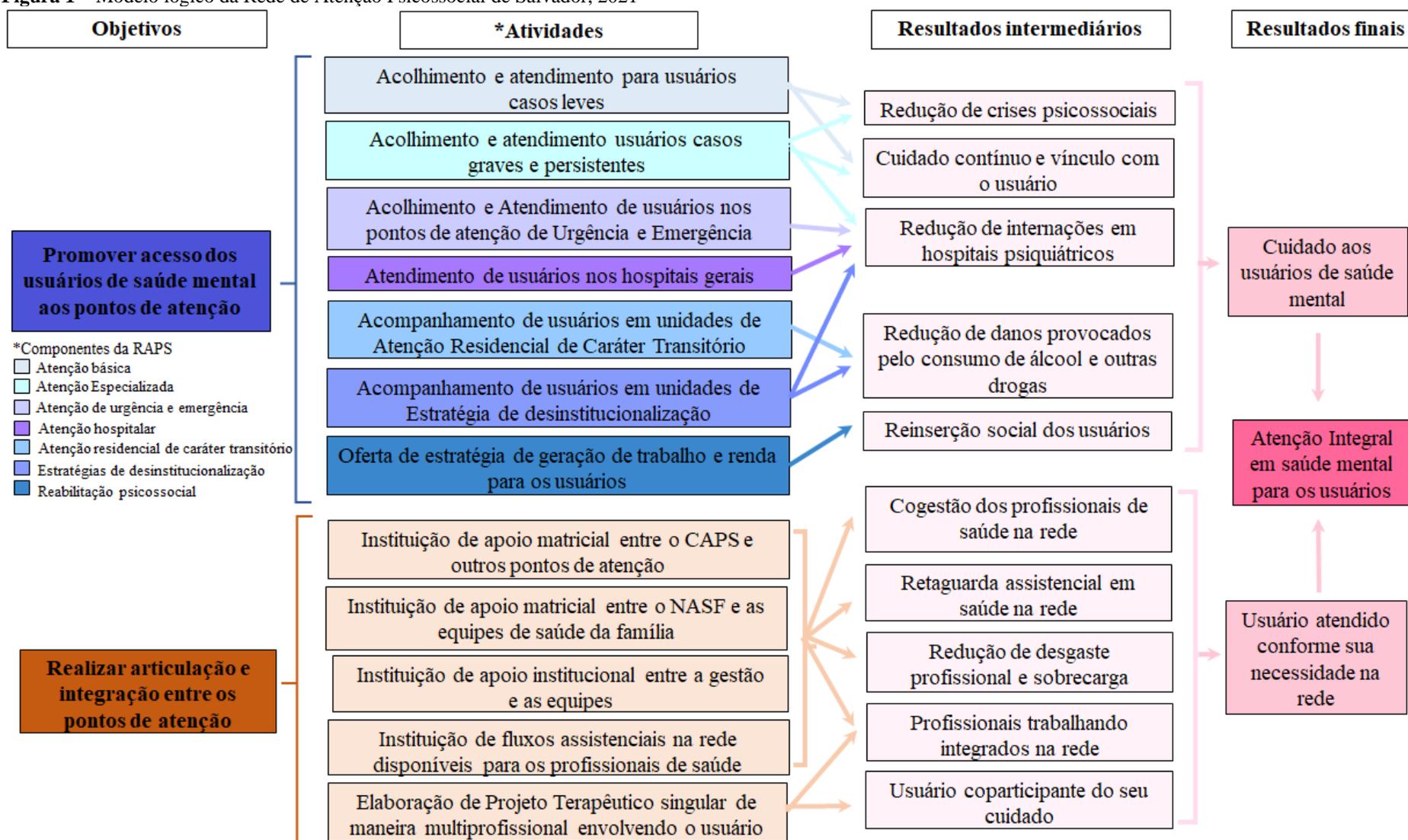
No tocante a execução do segundo objetivo de articulação e integração entre os pontos de atenção, o apoio matricial visa assegurar tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Nesse sentido, há uma comunicação ativa e compartilhamento de conhecimento, com vistas à superação da tradicional organização hierárquica da transferência de responsabilidade ao encaminhar um usuário. Uma

ferramenta útil para este trabalho é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que funciona como um plano de ação elaborado em equipe com o usuário e familiares que visa o cuidado integral, usado desde a Atenção Básica, para casos mais complexos, até outros pontos de atenção da rede.

Este uso pressupõe a necessidade de maior articulação multiprofissional, por meio de reuniões de equipe como um espaço para reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações (BRASIL, 2013b). Ainda há o apoio institucional (AI) cujo objetivo é reformular os tradicionais mecanismos de gestão, buscando uma interação entre a gestão e os trabalhadores (CAMPOS et al., 2014). Para tanto algumas ferramentas são utilizadas a exemplo da articulação, negociação, educação permanente e alguns recursos metodológicos para desenvolver esse trabalho como construção de rodas e a capacidade de pensar e fazer junto com o grupo (FALLEIRO et al., 2014).

As atividades vinculadas ao acesso funcionando proporcionam como resultados intermediários: a redução de crises **psicossociais**, o cuidado e vínculo com o usuário, a redução de internações, a redução de danos provocados pelo consumo de álcool e outras drogas, e a reinserção dos usuários socialmente. De maneira complementar, as atividades ligadas à integração ocasionam: a cogestão dos profissionais de saúde, a retaguarda assistencial em rede, a redução de desgaste profissional e sobrecarga, a integração dos trabalhadores e a coparticipação do usuário no seu cuidado. Assim é possível proporcionar a promoção da saúde aos usuários de saúde mental, um atendimento conforme suas necessidades a partir do pressuposto que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes e com isso uma atenção integral à saúde mental.

Figura 1 – Modelo lógico da Rede de Atenção Psicossocial de Salvador, 2021



Fonte: Elaboração própria a partir dos cadernos da atenção básica números 28, 34 e 39, portaria 3.088 de 2011 e portaria de consolidação 03 de 2017.

4.3.2 Componentes do modelo lógico

a) Atenção Básica em Saúde

A RAPS assim como as demais redes tem como base operacional a atenção básica, como coordenadora do cuidado para acolhimento e atendimento de sofrimentos mentais como tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos/somatização (BRASIL, 2013b).

É preciso também considerar no acolhimento às situações de crise, enquanto uma mudança súbita no comportamento de uma pessoa pode se manifestar como desarranjo, desespero, vozes, visões. A crise também expressa uma tentativa de cura/resolução de problemas/sofrimentos na vida da pessoa, núcleo familiar ou comunitário e os profissionais, tanto neste como em outros componentes, devem estar atentos para acolher e ofertar o suporte adequado (BRASIL, 2013b).

Para desenvolver essa tarefa, existem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem Estratégia de Saúde da Família (ESF), com equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, etc.), incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam na identificação de problemas de saúde nos territórios e no planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes. Também contam com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam na ampliação da abrangência das ações, bem como sua qualidade e resolubilidade por meio da oferta e suporte ao cuidado e intervenção sobre problemas e necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo.

Ainda fazem parte deste componente, as equipes de consultório na rua que são constituídas por profissionais que atuam de forma itinerante desenvolvendo ações, preconizadas na atenção básica, voltadas à saúde mental, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011b). Na instituição da RAPS também existem as equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório que oferecem suporte clínico e apoio articuladas com outros pontos de atenção.

b) Atenção Psicossocial Especializada

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos para a superação do modelo asilar e para a criação de um novo lugar social para as pessoas com a experiência de sofrimento, decorrentes de transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades relacionadas ao uso de álcool e de outras drogas. O serviço é constituído por equipe multiprofissional que realiza o acompanhamento de pessoas com sofrimento ou

transtornos mentais graves e persistentes, com a participação dos familiares de forma articulada a outros pontos de atenção da rede (MEDEIROS et al., 2016).

Os CAPS estão organizados em diferentes modalidades: *CAPS I* indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes; *CAPS II* para população acima de 70 mil habitantes; *CAPS III* proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental indicado para população acima de 150 mil habitantes. Ainda existe a tipologia CAPSad que atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida, para municípios com população acima de 70 mil habitantes. Também o *CAPSad III*: atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos, com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para população acima de 150 mil habitantes. Por fim, o *CAPSi* para atender crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Os centros de atenção psicossocial realizam acolhimento por demanda espontânea ou referenciada; atendimento individual e domiciliar com vistas à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), em alguns casos, que é desenvolvido na moradia da pessoa e/ou de seus familiares para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento. Também são realizadas ações para manejo das situações de crise (BRASIL, 2015a), bem como atividades coletivas e que incentivem a autonomia do usuário.

Outra atividade do CAPS é a reabilitação psicossocial com ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos. Ainda acontecem ações de redução de danos como um conjunto de práticas e de ações do campo da saúde e dos direitos humanos para minimizar danos de natureza

biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, assim como ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção.

O Centro também realiza apoio matricial a outros pontos de atenção, garantindo sustentação qualificada tanto nos acompanhamentos longitudinais quanto nas ações de urgência e emergência (MEDEIROS et al., 2016). O CAPS ainda dá suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos e de caráter transitório, buscando a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos.

c) Atenção de Urgência e Emergência

Na RAPS, esse componente tem a função de ofertar acolhimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b). Os pontos de atenção deste componente são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) destinadas ao pronto atendimento de urgência e emergência em saúde, e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento móvel de urgência e emergência nos territórios (MEDEIROS et al., 2016).

Ambos os pontos deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011b).

d) Atenção Hospitalar

O serviço hospitalar ou enfermaria especializada em hospital geral é um serviço com leitos habilitados para dar suporte hospitalar em saúde mental nas enfermarias de clínica médica, pediátrica ou obstétrica em hospital geral (MEDEIROS et al., 2016). Por meio dos leitos há oferta de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência (BRASIL, 2011b).

Os leitos devem funcionar em regime integral e seu acesso deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência (BRASIL, 2011b). A enfermaria em hospital geral oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos

transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas, com uma equipe multidisciplinar.

Ainda existem os hospitais psiquiátricos, que podem ser acionados para o cuidado em saúde mental enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente (BRASIL, 2011b).

e) Atenção Residencial de Caráter Transitório

Faz parte desse componente a Unidade de Acolhimento (UA) cuja função é oferecer cuidados contínuos de saúde e intersetoriais que visem a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social a usuários encaminhados e vinculados aos CAPS com seus respectivos PTS (BRASIL, 2017). As unidades são divididas para adultos e para o público infanto-juvenil. Seu funcionamento é de 24h, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses. (BRASIL, 2011b).

Ainda há os serviços de atenção em regime residencial, entre os quais as comunidades terapêuticas, enquanto entidades não governamentais que deveriam oferecer cuidados contínuos de saúde de usuários adultos, com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b). De acordo com a lei 13.840 de 2019, elas devem disponibilizar projetos terapêuticos ao usuário com adesão e permanência voluntária, enquanto uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário sendo vedado o isolamento físico do usuário ou dependente de drogas. Geralmente são instituições privadas, de cunho religioso, em geral, que por meio de indicação do CAPS ou APS podem acolher esses usuários com necessidades clínicas estáveis, podendo ser acompanhado por até nove meses (BRASIL, 2020).

f) Estratégias de Desinstitucionalização

Essas estratégias foram criadas com a proposta de extinguir os manicômios e estimular o tratamento sem exclusão social, a partir do convívio familiar e comunitário na perspectiva de reintegração social das pessoas que estavam internadas em hospitais psiquiátricos (FREIRE, 2018).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias inseridas na comunidade, para acolher pessoas de internação de longa permanência egressas de hospitais psiquiátricos, de custódia, entre outros. O objetivo é garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social (BRASIL, 2011b). O acesso aos SRT é regulado e vinculado ao fechamento de leitos em instituições de caráter asilar. Os CAPS são referências desse serviço e, junto com as UBS, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das pessoas que habitam nessas residências (MEDEIROS et al., 2016).

O Programa de Volta para Casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708, de 31 de julho de 2003, é uma política pública de inclusão social que visa contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência (BRASIL, 2011b). Este programa provê mensalmente o auxílio reabilitação, de caráter indenizatório, para pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa permanência (mais de dois anos ininterruptos) (MEDEIROS et al., 2016).

g) Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial da RAPS é composta por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, articuladas sistematicamente com as redes de saúde e de economia solidária, com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares (BRASIL, 2011b).

4.4 COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS

Para fins deste trabalho, foram coletados dados de documentos oficiais de acesso público disponíveis a saber: Plano Municipal de Saúde (PMS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG), bem como documentos institucionais da SMS sobre o funcionamento dos CAPS e dos CSM, com o intuito de realizar a descrição e análise da RAPS, identificar as ações propostas pela SMS de Salvador para a implantação da RAPS e ter um retrato do contexto em que a mesma está inserida para análise dos nós críticos.

Concomitante a coleta documental, foram realizadas, de maneira online¹, entrevistas individuais e grupos focais no intuito de agregar informações com base na vivência cotidiana dos profissionais de saúde e gestores, de distintos espaços territoriais. O grupo focal é uma técnica útil em estudos de avaliação de implantação para formular questões mais precisas de investigações valorizando a percepção de grupos de sujeitos diretamente envolvidos com o objeto de avaliação (TRADE, 2009).

Todos os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e preencheram um questionário online de identificação, (APÊNDICE B). Foi utilizado um roteiro com perguntas abertas nas entrevistas, bem como para nortear a discussão nos grupos focais (APÊNDICE C).

Foram realizados vários caminhos para se ter o máximo de participantes que contemplasse todos os componentes em diferentes pontos de atenção e distintos distritos sanitários a saber: envio de e-mails formais com toda documentação da pesquisa, convidando todos os distritos sanitários (DS) e seus respectivos pontos de atenção, comunicação via WhatsApp com profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e de alguns DS para localizar os possíveis participantes e realizar o convite. Diante deste cenário, o critério de seleção foi por meio da disponibilidade de tempo e do desejo das pessoas em contribuir com a pesquisa. As entrevistas foram previamente agendadas conforme a disponibilidade dos participantes, os grupos focais aconteceram em 02 momentos *online*. Ambos realizados por meio do aplicativo de conferência Zoom ou Google Meet, na versão gratuita. Tudo foi gravado com autorização prévia dos participantes para a análise de conteúdo.

Houve um total de 20 participantes. Das entrevistas individuais foram 07 pessoas, dos quais 05 gestores da SMS (03 da coordenação de redes de atenção à saúde psicossocial, 02 da coordenação da Atenção Primária à Saúde); e 02 profissionais do NASF, que não puderam comparecer ao grupo focal. Cada grupo focal foi heterogêneo, composto por representantes de distintos pontos de atenção (USF, UBS, CAPS, CSM), totalizando 13 participantes representando 10 distritos sanitários: Cajazeiras, Liberdade, Cabula Beiru, Subúrbio ferroviário, Brotas, Centro Histórico, Itapagipe, Barra Rio Vermelho, São Caetano Valéria e

¹ Diante do cenário de pandemia do COVID-19 causado pelo coronavírus, algumas medidas preventivas estão sendo realizadas em todo país, como a de quarentena com o distanciamento social, inclusive no município de Salvador, que é o local do estudo. Por isso, a fim de não parar a realização deste trabalho, as entrevistas precisarão ser realizadas de maneira online.

Pau da Lima. Infelizmente os profissionais que receberam contato do DS de Itapuã não puderam participar e não houve retorno de todas as tentativas de contato com o DS Boca do Rio.

Os participantes possuíam distintas formações em saúde (psicólogo(a), enfermeiro(a), assistente social, médico (a), terapeuta ocupacional e fisioterapeuta), muitos com pós-graduação em saúde mental, representando diversos pontos de atenção na rede e a maioria com mais de 8 anos de experiência em saúde mental, conforme quadro 1:

Quadro 1 - Caracterização dos participantes das entrevistas e grupos focais, Salvador, 2021

Entrevistado	Formação	Locais que trabalhou	Trabalho atual	Tempo de experiência	Pós-graduação
E1	Psicólogo (a)	CAPS, Gestão relacionada a saúde mental, Centro de Referência em Saúde da Pessoa Idosa	Gestão relacionada a saúde mental, Centro de Referência em Saúde da Pessoa Idosa	+ 8 anos	Não
E2	Enfermeiro (a)	Sem experiência prévia com a temática	Gestão dos Consultórios na Rua	1 - 3 anos	Não
E3	Assistente social	CAPS	CAPS	1 - 3 anos	Sim
E4	Médico (a)	UBS/USF	UBS/USF	+ 8 anos	Não
E5	Psicólogo (a)	CAPS	CAPS	5 - 8 anos	Não
E6	Terapeuta Ocupacional	CAPS, gestão relacionada a saúde mental	CAPS	+ 8 anos	Sim
E7	Assistente social	CAPS	CAPS	+ 8 anos	Não
E8	Assistente Social	Centro de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico	Centro de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico	+ 8 anos	Sim
E9	Psicólogo (a)	Equipe de consultório na rua, CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	+ 8 anos	Sim
E10	Terapeuta Ocupacional	CAPS, Ambulatório	CAPS	+ 8 anos	Não
E11	Psicólogo (a)	CAPS	CAPS	5 - 8 anos	Sim
E12	Enfermeiro (a)	CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	+ 8 anos	Sim
E13	Psicólogo (a)	CAPS, Gestão	Gestão relacionada a	+ 8 anos	Sim

		relacionada a saúde mental	saúde mental		
E14	Terapeuta Ocupacional	CAPS, Centro de acolhimento e tratamento de alcoolistas CATA	CAPS	+ 8 anos	Sim
E15	Enfermeiro (a)	UBS/USF, CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	UBS/USF	+ 8 anos	Sim
E16	Assistente Social	UBS/USF, Maternidade Iperba	UBS/USF	3 - 5 anos	Não
E17	Enfermeiro (a)	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde	< 1 ano	Não
E18	Psicólogo (a)	CAPS, Gestão relacionada a saúde mental	Gestão relacionada a saúde mental	+ 8 anos	Sim
E19	Fisioterapeuta	NASF	UBS/USF, NASF	5 - 8 anos	Não
E20	Psicólogo (a)	NASF	NASF	5 - 8 anos	Sim
E21	Assistente Social	UBS/USF	UBS/USF	+ 8 anos	Não

Fonte: Elaboração própria

Para subsidiar a análise das informações para interpretação do contexto, foi elaborada uma matriz (APÊNDICE D) com questões norteadoras para identificação e compreensão de cada jogo social deste estudo (jogo político, jogo econômico, jogo da vida cotidiana, jogo da comunicação, jogo macro organizacional e jogo das ciências).

Os documentos institucionais, os depoimentos oriundos das entrevistas e material empírico dos grupos focais foram apreciados, a partir de uma matriz de análise (APÊNDICE E), onde as informações referentes a implantação de cada componente da rede, as ações da SMS e elementos referentes ao contexto foram sistematizadas à luz do modelo lógico.

Para o grau de implantação, foram consideradas as dimensões do modelo lógico (acesso e integração) tal como as atividades para estabelecimento de critérios, indicadores, padrões e normas, baseados na revisão de literatura sobre o tema. Estes indicadores foram submetidos a técnica de consenso por meio do método Delphi, que permite reunir opiniões de especialistas de distintos locais, para uma melhor compreensão de fenômenos e orientar a tomada de decisões com base nas opiniões dos envolvidos, a fim de se obter um consenso sobre certa temática (MARQUES E FREITAS, 2018). Essa técnica, utiliza questionários individuais enviados para especialistas onde as respostas são tratadas e os resultados são repassados aos participantes para

que, a partir de uma segunda rodada, mantenham ou modifiquem suas respostas anteriores (SOUZA; SILVA e HARTZ 2005). Caso não se tenha alcançado um grau de consenso satisfatório, novas rodadas de questionários e análises podem ocorrer.

Considerando esse método, foi enviado para especialistas um questionário com 43 indicadores para serem validados em relação à coerência com os critérios estabelecidos, contendo seus respectivos padrões. Para cada indicador, os participantes puderam assinalar a concordância com o grau de coerência sendo do menor grau de coerência para o maior: (1) Discordo totalmente, (2) Discordo Parcialmente, (3) Concordo Parcialmente e (4) Concordo Totalmente. Nos casos de discordância o participante deveria incluir a justificativa num espaço para comentários, que também serviu para a escrita de outras observações e sugestões. Foram convidados 13 especialistas em saúde mental, com base em indicações, buscando a diversidade de experiências e locais de trabalho, no entanto apenas 09 conseguiram responder a tempo o questionário.

Esse grupo de especialistas foi bastante heterogêneo conforme quadro 2 com distintas trajetórias profissionais. Muitos já trabalharam em CAPS, outros na SMS (na coordenação de saúde mental ou no apoio institucional); ainda alguns trabalhadores da SESAB (Área Técnica de saúde mental), outra parte é docente vinculado à Universidade Pública, também algumas experiências pontuais: no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Programa corra pro abraço, consultórios na rua, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, aliança de redução de danos Fátima Cavalcanti, Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, CREASI (atendimento ambulatorial que existiu de 2001 a 2009 em centro de referência estadual da SESAB), Núcleo de Atenção Gerontológica com atenção psicossocial a pessoas idosas com transtornos mentais.

Quadro 2 - Caracterização dos especialistas participantes da validação dos indicadores de saúde mental para o grau de implantação

Formação	Pós graduação	Local(ais) de trabalho relacionado ao tema	Local(ais) que já trabalhou relacionado ao tema
Psicologia	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	CAPS III	CAPS ADIII, CETAD/UFBA, Programa corra pro abraço, consultórios na rua.
Psicologia	-	UFRB	CAPS Ad, coordenação municipal de saúde mental
Terapeuta Ocupacional	Especialista em Saúde Mental por aplicação de prova de título pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	CAPS e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Área Técnica de saúde mental)	Apoio Institucional em Saúde Mental em Distrito Sanitário, CAPS infantil, CAPS II.

Enfermagem	Residência Multiprofissional em Saúde Mental em pela UNEB	CAPS ad (assistência), Secretaria Estadual de Saúde (gestão)	CAPS II, CAPS ad, Enfermaria psiquiátrica em hospital geral, gestão estadual
Assistente Social	-	CAPS III, SESAB (área técnica de saúde mental)	CAPS III, SESAB (área técnica de saúde mental)
Psicologia	Residência Multiprofissional em saúde com enfoque em Saúde Mental.	Hospital Geral do Estado	CAPS II, CAPS AD, CAPS AD III, coordenadoria municipal da RAPS.
Fonoaudiologia	Especialização em Saúde Mental (UnB)	Docente de Saúde Coletiva da UFBA	Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, CAPSi de Brasília
Enfermagem	Residência em Saúde Mental	Docente na escola de Enfermagem da UFBA	Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA e Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti

Fonte: Elaboração própria

Após recolhidas e processadas as 09 respostas dos questionários, foram identificados os pontos de maior acordo e os de maior desacordo. A maioria dos indicadores tiveram consenso nas respostas, outros foram ajustados com base nos comentários e apenas 08 retornaram para segunda parte da validação. Nesta etapa, os especialistas receberam estes indicadores juntamente com seus critérios, padrões e comentários referente aos pontos de dissenso a fim de que respondessem o questionário avaliando a proposta de mudança ou retirada daqueles indicadores. Todos os resultados foram compilados para os devidos ajustes dos indicadores finais (APÊNDICE F).

A pontuação atribuída a cada indicador foi com base na concordância ou discordância dos 9 especialistas sobre a coerência daquele indicador, bem como nos comentários realizados, conforme quadro 3. Ou seja, a pontuação máxima de um indicador poderia ser 9, caso todos entrevistados tivessem concordado, e a mínima 0, caso contrário. Cada concordância total ou parcial, bem como discordância parcial sem justificativa foi equivalente a 1pt, por outro lado cada discordância total, discordância parcial com justificativa assim como concordância parcial com comentário que revelava uma discordância não foi pontuado.

Quadro 3 - Distribuição da pontuação dos indicadores conforme marcação e comentário dos especialistas que participaram da validação dos indicadores para o grau de implantação

Marcação	Comentários	Pontuação
(1) Discordo totalmente	Com ou sem comentário justificando	0
(2) Discordo Parcialmente	Com comentário justificando a discordância	0
	Sem comentário justificando a discordância	1

(3) Concordo Parcialmente	Com comentário que apresentava alguma discordância	0
	Sem comentário que apresentasse discordância	1
(4) Concordo Totalmente	Com ou sem comentário justificando	1

Fonte: elaboração própria

A matriz de análise do grau de implantação ficou composta pelas dimensões, critérios, padrões, pontuações máximas de cada indicador e normas (Quadro 4). Esta matriz deu origem aos resultados do grau de implantação em que cada critério recebeu uma pontuação máxima (soma de seus indicadores) e a pontuação final foi oriunda do julgamento realizado com base nos documentos e depoimentos processados. Então foi calculado o percentual de implantação de cada critério e ao final o da rede inteira considerando todos os critérios. A partir deste percentual o grau foi classificado em quartis de implantação: não implantado (< 25%), incipiente (>25% e < 50%), intermediário (> 50% e < 75%) e avançado (> 75%).

Quadro 4 - Matriz de dimensões, critérios, pontuação dos indicadores e normas para estimar o grau de implantação da RAPS em Salvador após consenso de especialistas em saúde mental.

Dimensão	Critérios	Padrões	Indicadores com suas pontuações validadas	Normas
Acesso aos serviços	Acolhimento na Atenção Básica	O acolhimento deve ser uma prática/postura em todas as relações de cuidado no ato de receber e escutar pessoas. Deve ser realizado a demanda espontânea que chega à unidade, logo as equipes precisam estar preparadas para o acolhimento à demanda espontânea em todos os horários.	Acolhimento realizado a demanda espontânea que chega à AB (9pts); Acolhimento realizado todos os dias e turnos na AB (8pts)	-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Acolhimento à demanda espontânea. Brasília-DF n 28 V. 1, 56p. 2013pts. -BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Brasília-DF n 3pts4, 176p, 2013ptsb.
	Atendimento de sofrimento em saúde mental na Atenção Básica	A Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. As práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. A equipe de consultório na rua atua de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde.	Atendimento dos casos com sofrimento em saúde mental pelos profissionais da AB (8pts); Atendimento de sofrimento em saúde mental pelas equipes do NASF (8pts); Equipes de consultórios na rua suficiente para o atendimento das pessoas que tiverem esta necessidade (8pts)	-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único
	Acolhimento na Atenção Especializada	O acolhimento deve ser uma prática/postura em todas as relações de cuidado no ato de receber e escutar pessoas. Deve ser realizado a demanda espontânea que chega à unidade, logo as equipes precisam estar preparadas para o acolhimento à demanda espontânea em todos os horários.	Acolhimento a demanda espontânea que chega nos CAPS (9pts); Acolhimento com devidos encaminhamentos aos usuários que chegam no Centro de Saúde Mental (CSM) (7pts); Acolhimento realizado todos os dias e turnos abertos de trabalho nos CAPS, exceto no turno da reunião técnica (9pts); Acolhimento realizado todos os dias e turnos nos CSM (9pts)	-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Acolhimento à demanda espontânea. Brasília-DF n 28 V. 1, 56p. 2013pts. -BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.
	Atendimento de casos graves e persistentes de saúde mental na Atenção Especializada	Os CAPS devem realizar atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo.	Atendimento de casos graves e persistentes em saúde mental (9pts); Atendimento de crises em saúde mental (9pts)	

Atendimento em Urgência e Emergência	As UPAs, SAMU e outros serviços desse componente devem acolher e atender pessoas em sofrimento mental, trabalhando de maneira articulada aos CAPS.	UPAs acolhendo e atendendo casos de saúde mental (9pts); SAMU acolhendo e atendendo casos de saúde mental (9pts); pronto atendimento acolhendo e atendendo casos de saúde mental (9pts); Profissionais das Unidades de urgência e emergência realizando atendimento para os casos de saúde mental de forma articulada junto aos demais serviços da RAPS (8pts)	-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.
Atendimento Hospitalar	Os hospitais gerais devem possuir enfermarias com leitos em regime integral para saúde mental e ofertar internações de curtas durações em situações que evidenciem a ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Esse acesso deve ser regulado por intermédio do CAPS. Os hospitais psiquiátricos podem ser acionados enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS ainda não se apresenta suficiente.	Hospitais gerais com leitos em enfermarias para saúde mental (9pts); oferta de internações de curtas durações em hospitais gerais (8pts); Acesso aos leitos hospitalares regulados por intermédio do CAPS de referência (8pts)	- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 3pts, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2017.
Acompanhamento na Atenção Residencial de Caráter Transitório	A Unidade de Acolhimento deve oferecer cuidados contínuos de saúde visem a garantia dos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social a usuários encaminhados pelos CAPS, com necessidade decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório; são divididas para adultos e para o público infanto-juvenil.	Cuidado e acompanhamento ofertados por unidades de acolhimento adulto (8pts); Cuidado e acompanhamento ofertados por unidades de acolhimento infantil (8pts); Integração do CAPS com as unidades de acolhimento (9pts)	- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 3pts, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2017.
Acompanhamento na Estratégia de desinstitucionalização	Os Serviços Residenciais Terapêuticos são moradias na comunidade, para acolher pessoas de internação de longa permanência egressas de hospitais psiquiátricos, de custódia, entre outros. O objetivo é garantir o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de	Usuários que tenham demanda para tal assistidos em suas necessidades pelas Residências Terapêuticas (8pts); Usuários com o auxílio do programa de volta para casa (8pts); Articulação dos CAPS e AB com as residências terapêuticas (9pts)	-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de

		<p>cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. O acesso é vinculado ao fechamento de leitos em instituições asilares; os CAPS são referências desses serviços e, junto com as UBS, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das pessoas. O usuário vinculado a este serviço tem acesso ao Programa de Volta para Casa que provê auxílio reabilitação para essas pessoas.</p>		<p>crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.</p>
	<p>Estratégia de geração de trabalho e renda para usuários</p>	<p>Os usuários devem ter acesso a iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais, articuladas com as redes de saúde e de economia solidária, com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições de vida, ampliação da autonomia e inclusão social de usuários.</p>	<p>Programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda para usuários instituído pelo município (9pts); Outras instituições ofertando programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda (9pts)</p>	<p>-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.</p>
<p>Integração entre os pontos de atenção</p>	<p>Apoio Matricial dos NASF</p>	<p>Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos e processos de trabalho em equipe, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade.</p>	<p>Discussão de casos e processos de trabalho em equipe (9pts); Elaboração do projeto terapêutico singular (9pts); Educação permanente para as equipes (9pts); Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental (9pts)</p>	<p>-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Brasília-DF n 3pts4, 176p, 2013ptsb. -BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação N° 3pts, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2017.</p>
	<p>Apoio Matricial dos CAPS a outros pontos de atenção</p>	<p>O objetivo do apoio matricial é assegurar tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O PTS pode ser utilizado como ferramenta desse apoio.</p>	<p>Discussão de casos e processos de trabalho em equipe (9pts); Elaboração de projeto terapêutico singular (9pts); Educação permanente para outros pontos de atenção (9pts); Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental (9pts)</p>	<p>-BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Brasília-DF n 3pts4, 176p, 2013ptsb. - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação N° 3pts, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2017.</p>

	Apoio Institucional da gestão	O apoio institucional tem o objetivo de reformular os tradicionais mecanismos de gestão, buscando uma interação entre a gestão e os trabalhadores por meio da articulação, observação, facilitação, negociação e educação permanente.	Existência de apoio institucional suficiente na rede (9pts); Realização de rodas ou outras estratégias de integração/discussões entre o apoiador e as equipes (9pts); Facilitação/articulação atividades de educação permanente junto aos profissionais dos pontos de atenção à saúde (9pts);	- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 3pts, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2017. -BAHIA. Política Estadual de Atenção Básica. Diretoria de Atenção Básica - DAB, Superintendência de Atenção Integral a Saúde - SAIS, Secretaria de Saúde da Bahia - SESAB. Bahia, 41p, 2013pts.
	Organização de fluxos assistenciais na rede	Um dos objetivos específicos da RAPS é regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial.	Elaboração de documentos institucionais com fluxos assistenciais descritos que estejam em constante atualização (8pts); Existência de fluxos assistenciais na rede disponíveis para os profissionais de saúde (8pts); Fluxos assistenciais em funcionamento (8pts).	-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3pts.088, de 23pts de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único.

Fonte: Elaboração própria a partir das normas descritas na matriz.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A partir da compreensão dos aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP-ISC) da Universidade Federal da Bahia.

O trabalho proporciona riscos mínimos para o ser humano, pois é possível que aconteça algum cansaço ou constrangimento na hora do participante responder determinada pergunta, nesse caso, ele não será obrigado a falar nada que o possa constranger. Durante toda pesquisa houve o respeito ao participante em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa. Por outro lado, esta pesquisa trará benefícios para a sociedade em geral, pois os dados disponibilizados pelos entrevistados serão sistematizados a fim de proporcionar o conhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito a desafios e avanços existentes para sua implantação. A partir desta sistematização os resultados serão publicados com vistas ao aprimoramento da política de saúde mental.

As referências de condutas estão pautadas nas recomendações da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em que todos os participantes da pesquisa serão informados dos objetivos, riscos, benefícios da pesquisa, assim como, esclarecidos sobre a liberdade de optar por não participar. Em respeito a estas normas, os participantes desta pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que garante o sigilo das informações.

5. RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA RAPS EM SALVADOR

Salvador tem a população estimada de 2.886.698 habitantes (IBGE, 2020), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conta com 12 Distritos Sanitários (DS), enquanto unidades territoriais contínuas, com autonomia relativa para o desenvolvimento de ações de saúde, sendo responsáveis, no âmbito de seu território, pelas ações de vigilância à saúde, planejamento, epidemiologia, vigilância sanitária e saúde ambiental.

No âmbito da gestão central, a SMS possui 4 diretorias: Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão, Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação, Diretoria de Vigilância da Saúde e Diretoria de Atenção à Saúde. Nesta última, se encontram a coordenadoria de

atenção primária à saúde e a Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial (CRASP), a primeira responsável pelas ações de saúde mental realizadas no âmbito da atenção básica, enquanto a segunda debruça-se sobre os eixos organizacionais voltados para gestão, organização clínico institucional, articulação de redes, educação permanente, protagonismo dos usuários. Essa coordenação conta com as referências técnicas distritais denominadas Apoiador Institucional em Saúde Mental (AISM).

Os pontos de atenção da RAPS de Salvador estão distribuídos entre 7 componentes definidos na portaria 3.088 de 2011, a saber: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Estratégias de reabilitação psicossocial.

A atenção básica é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), conta com o NASF e as equipes de consultório na rua. Na sequência, a atenção especializada possui CAPS com diferentes modalidades (tipo I, II e III) e tipologias (CAPSad voltado para grupo que usa álcool e outras drogas e o CAPSi voltado para crianças e adolescentes). Em Salvador, especificamente, este componente ainda conta com os Centros de Saúde Mental (CSM) e um Ambulatório de Psiquiatria.

A atenção de urgência e emergência possui os seguintes pontos de atenção: Pronto-Atendimento Psiquiátrico (PAP), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), Pronto-Atendimentos (PA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU. O componente da atenção hospitalar, em Salvador, inclui leitos em hospital geral e municipal, bem como há hospitais estaduais especializados em Psiquiatria.

A atenção residencial de caráter transitório é composta apenas pela Unidade de Acolhimento Infantil. A estratégia de desinstitucionalização se desdobra com os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa de Volta para Casa. Por fim, a RAPS de Salvador também conta com a estratégia de reabilitação psicossocial desenvolvida pela UFBA.

O quadro 05 sumariza o conjunto de pontos de atenção que compõe a RAPS em Salvador, Bahia, de acordo com cada componente:

Quadro 5 - Distribuição dos pontos de atenção por componentes da RAPS em Salvador, 2021

COMPONENTES	PONTOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Atenção Básica	<ul style="list-style-type: none"> - 109 Unidades de Saúde da Família (USF) - 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS) - 12 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) - 05 Equipes de Consultórios na Rua (eCR) - 01 Equipe de Matriciamento em Saúde Mental
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I (contratualizado) - 13 CAPS tipo II - 2 CAPS i tipo II - 2 CAPS ad tipo II (1 SESAB/UFBA) - 1 CAPS tipo III - 3 Centros de Saúde Mental (CSM) - 01 Ambulatório Psiquiatria (Contratualizado)
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Pronto-Atendimento Psiquiátrico (PAP) - 10 Unidades de Pronto-Atendimento 24 horas (UPA) - 4 Pronto-Atendimentos (PA) - SAMU 192
Atenção de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI)
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - 02 Hospitais estaduais especializados em Psiquiatria - 01 Hospital Geral com leitos de saúde mental (Hospital Geral Roberto Santos) - 01 Hospital Municipal com leitos de saúde mental (Hospital Municipal de Salvador)
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> - 07 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - Programa de Volta para Casa (PVC)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto Gerar (desenvolvido pelo ISC-UFBA/SETRE)

Fonte: Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial, abril de 2021

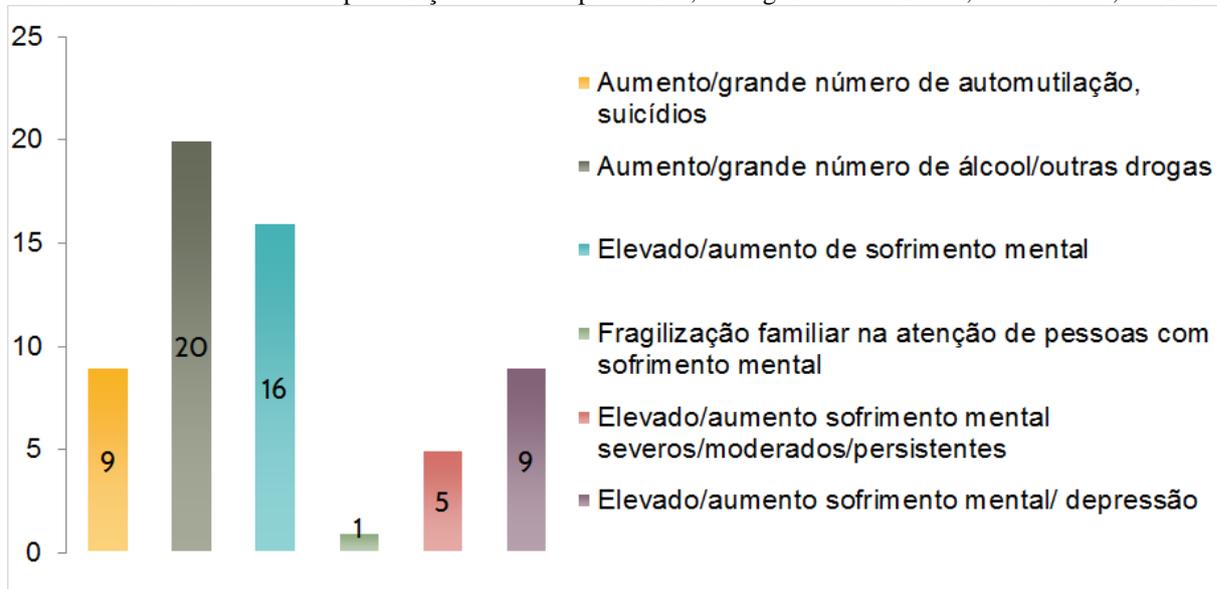
Em relação a situação de saúde mental no município, de acordo com o Volume II do último Plano Municipal de Saúde (2018-2021) houve registros de vários problemas de saúde em oficinas, realizadas no âmbito do distrito sanitário, por profissionais que já tinham uma vivência nos serviços de saúde. Do total de problemas 20% (131) foram relacionados com a Saúde Mental, 59 diziam respeito ao estado de saúde e 72 eram direcionados ao serviço de saúde e as relações dentro da RAPS.

Sobre os problemas relacionados ao estado de saúde da população foi possível identificar os seguintes grupos temáticos: *aumento/grande número de automutilação e suicídios; aumento/grande número de álcool/outras drogas; elevado/aumento de sofrimento mental; fragilização familiar na atenção de pessoas com sofrimento mental; elevado/aumento sofrimento mental severos/moderados/persistentes; e elevado/aumento sofrimento mental/depressão.*

Uma considerável parte destes problemas relatados foram relacionados a população geral de jovens e adultos e o maior problema destacado foi em relação ao aumento de álcool e

outras drogas seguido pelo elevado/aumento de sofrimento mental. O gráfico 01 mostra a síntese desses problemas de saúde mental:

Gráfico 1 – Distribuição dos problemas do estado de Saúde Mental elencados pelos Distritos Sanitários, nas oficinas distritais de priorização de problemas, segundo temática, Salvador, 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) Salvador, Volume II – Distritos Sanitários 2017

Dentre os problemas relacionados ao serviço de saúde, encontrou-se as seguintes temáticas: atenção psicossocial especializada, atenção básica em saúde, atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar, matriciamento/articulação, infraestrutura, reabilitação psicossocial, gestão e educação do trabalho em saúde, insuficiência e rotatividade de psiquiatra e psicólogo, planejamento e avaliação, e outros. Destas, houve maior menção para problemas na atenção psicossocial especializada, seguidas por infraestrutura e atenção básica em saúde. O gráfico 02 relaciona a síntese dos problemas dos serviços de saúde mental em Salvador registrados no recente Plano Municipal de Saúde:

Gráfico 2 - Distribuição dos problemas do serviço de Saúde Mental elencados pelos Distritos Sanitários, nas oficinas distritais de priorização de problemas, segundo grupo, Salvador, 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir do Plano Municipal de Saúde (2018-2021) Salvador, Volume II – Distritos Sanitários 2017

A caracterização da RAPS de Salvador revela uma estrutura de gestão fragmentada, com pontos de atenção insuficientes. Além disso, foram identificados problemas no estado de saúde da população e nos serviços de saúde que precisam ser considerados no planejamento das ações.

5.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA SMS PARA IMPLANTAÇÃO DA RAPS

5.2.1 Propostas gerais

A proposta de organizar o cuidado em saúde mental por meio de serviços abertos e comunitário como os CAPS considerada um avanço pelos entrevistados, a partir do pressuposto que a saúde mental perpassa por vários espaços, de distintas complexidades tecnológicas:

Para mim o principal avanço foi consolidar a perspectiva de que é preciso cuidar de pessoas com sofrimento mental grave de forma comunitária em serviços abertos então para mim os CAPS estão consolidados, os CAPS são a realidade. Esse modo de produzir saúde mental está consolidado e para mim é o principal avanço. (E13)

Nos documentos institucionais, particularmente nos planos municipais de saúde (PMS) dos períodos de 2006 a 2021 são identificadas propostas com ênfase nos CAPS, principalmente para o público usuário de álcool e drogas. Todavia, em relação aos demais componentes da RAPS as ações, em sua maioria, são generalizadas. Nota-se também que os problemas de saúde mental registrados nas oficinas distritais do volume II do último PMS (2018-2021) não aparecem como propostas de ações. O quadro 6 refere tais ações.

Pouco foi registrado sobre as residências terapêuticas e o programa de volta pra casa que fazem parte do componente da estratégia de desinstitucionalização. Tendo em vista que a RAPS possui 07 componentes, perpassando inclusive por outras redes como a de atenção básica e urgência e emergência, houve apenas uma proposta sobre essa integração no plano de 2010-2013.

Quadro 6 - Síntese das propostas relacionadas diretamente a implantação da RAPS segundo os planos municipais de saúde de Salvador, no período de 2006 a 2021:

Período	Propostas
2006-2009	<ul style="list-style-type: none"> ● Implantação de ações de Redução de Danos nos DS; ● Implantação da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. ● Implantação de Centros de atenção Psicossocial (CAPS) e Residências terapêuticas (RTs) nos DS; ● Melhoria técnica e estrutural dos CAPS já implantados.
2010-2013	<ul style="list-style-type: none"> ● Desenvolvimento de ações interinstitucionais para promoção da qualidade de vida com ênfase do combate à violência e redução de danos; ● Implantação e implementação dos Centros de atenção Psicossocial (CAPS), Residências terapêuticas (RTs), de acordo com o desenho territorial definido para o município. ● Organização da rede de serviços de saúde mental articulada (PSF, UBS, Unidade de Emergência, RT's e CAPS), de acordo com uma política específica municipal, e com definição de atribuições de cada unidade. ● Implementação do programa de volta para casa.
2014-2017	<ul style="list-style-type: none"> ● Ampliar de 69% para 80% a cobertura dos serviços de Atenção Psicossocial voltados para os usuários de crack, álcool e outras drogas.
2018-2021	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementação da Rede de Atenção Psicossocial no município de Salvador com ênfase na reorganização dos serviços.

Fonte: PMS 2006-2009; 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021

Nos planos municipais também constam articulações realizadas com os Planos Plurianuais, enquanto instrumentos de orientação do planejamento e da gestão da Administração Pública para aquele período no que diz respeito às metas financeiras, para fins do detalhamento dos orçamentos anuais. Tendo em vista essas metas financeiras, nos planos de 2006-2009 e 2010-2013 não aparecem atividades que dizem respeito diretamente a RAPS, enquanto nos demais é possível observar o registro de ações para ampliação da RAPS em relação a estrutura dos pontos de atenção, a exemplo dos CAPS, unidade de acolhimento e consultório na rua, bem como na implementação da rede na atenção na média e alta complexidade.

Esses achados revelam que há uma incoerência entre as ações propostas no plano de saúde e os problemas de saúde mental identificados, ou seja, não há projetos de saúde mental incorporados na macrogestão. Além disso, o fato das ações propostas serem tão amplas e pouco

específicas elas não têm força para que os atores criem atividades de intervenções detalhadas para os nós críticos da RAPS.

5.2.2 Estrutura operacional

Sobre a estrutura da rede de atenção psicossocial, de acordo com os RAGs (quadro 7) nos últimos anos, houve implantação de novos pontos de atenção como consultórios na rua e CAPS, assim como distribuição de profissionais para realizar o apoio institucional em mais distritos. E ainda, a criação de mais 01 grupo de trabalho (GT) da RAPS. Os profissionais entrevistados consideram um avanço essa abertura e expansão de pontos de atenção como o PA psiquiátrico, CAPS, e UPAs com profissionais psiquiatras:

[...] outro avanço abertura do PA psiquiátrico mais as UPAs que estão com psiquiatra em Salvador e isso eu também vejo como avanço apesar da gente saber que a rede de urgência e emergência tem muitos problemas. você tem uma única porta de emergência que flui mais (E9).

Com relação ao avanço, eu percebo que a rede tem a perspectiva de ampliar esse ano, a gente teve o CAPS III e tudo isso vem trazendo visibilidade a causa e quando tem visibilidade, tem que reestruturar todo o processo. (E2)

Nos relatórios anuais também é digno de nota que unidades de CAPS, CSM e SRT receberam reformas/requalificações ou visitas de monitoramento. Houve reuniões no sentido de discutir o funcionamento e as condições de trabalho de CAPS, UA, SRT. Observa-se que nos últimos anos não houve consideráveis registros de implantação e requalificação de unidades. desaceleração do crescimento nos últimos anos. Também foi registrada a saída de 01 dos profissionais do apoio institucional da gestão, bem como a insuficiência de profissionais na atenção especializada, sobretudo médicos psiquiatras, para dar conta da alta demanda assistencial, comprometendo a articulação da rede.

Quadro 7 - Síntese das atividades referente a estruturação de pontos de atenção da RAPS realizadas, descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019

Ano	Descrições das metas alcançadas e outras ações realizadas
2014	<ul style="list-style-type: none"> ● Implantação de 04 consultórios na rua; ● Requalificação do CAPS AD III Gey Espinheira; ● Inclusão do CAPS AD III Gregório de Matos de gestão estadual, por ser o serviço de referência da unidade de acolhimento infanto juvenil e por realizar acompanhamentos dos municípios de Salvador no trabalho em rede com os serviços municipais de álcool crack e outras drogas.
2015	<ul style="list-style-type: none"> ● 02 CAPS Eduardo Saback e Oswaldo Camargo reformados e em funcionamento; ● Reuniões a respeito do funcionamento e das condições de trabalho do CAPS infantil Luís Meira Lessa e CAPS infantil Liberdade na presença da Coordenadoria de Atenção Psicossocial, Coordenadoria Administrativa, Distrito Sanitário, Assistência Farmacêutica, Núcleo de Tecnologia da Informação, SESAB e profissionais da unidade. Ao final do ano foi promovida reunião com a comunidade vizinha à UA no intuito de esclarecer o funcionamento da unidade; ● Reunião com a SESAB sobre a situação dos Serviços de Residências Terapêuticas - SRT, em especial sobre a qualificação técnica dos cuidadores e do planejamento de visita a estes serviços

	para fins de acompanhamento e monitoramento sistemáticos. A SESAB realizou o primeiro ciclo de qualificação no SRT do Jardim Baiano.
2016	<ul style="list-style-type: none"> ● Distrito de São Caetano Valéria contemplado com uma Apoiadora Institucional; ● 165 visitas de monitoramento dos serviços e das ações, com visitas ao suporte técnico oferecido na Rede ● Houve reformas nos seguintes serviços: CAPS Nise da Silveira, CAPS Aristides Novis, CAPS Oswaldo Camargo, CAPS Eduardo Saback, CSM Aristides Novis, Álvaro Rubin de Pinho.
2017	<ul style="list-style-type: none"> ● Realização de 6 visitas programadas de monitoramento do processo de trabalho das Unidades de Saúde do sistema prisional; ● Manteve-se na RAPS o quantitativo de equipamentos nos componentes.
2018	<ul style="list-style-type: none"> ● Registro de insuficiência de profissionais na atenção especializada, sobretudo médicos psiquiatras, para dar conta da alta demanda assistencial. ● Saída de um dos técnicos do AISM, passando-se a contar apenas com 05 apoiadores nos DS, diminuindo esse tipo de suporte aos pontos de atenção.
2019	<ul style="list-style-type: none"> ● Implantação de mais 01 CAPS; ● O DS Centro Histórico teve a incorporação de 01 AISM e a implantação de 01 GT RAPS.

Fonte: PMS 2006-2009; 2010-2013, 2014-2017 e 2018-2021

Ao analisar as ações direcionadas para estrutura operacional é revelado que o manejo dos pacientes de saúde mental na atenção básica e na atenção especializada carece de um funcionamento adequado. Além disso, permanece a carência de profissionais para dar respostas as necessidades de saúde desses usuários, principalmente na atenção especializada comprometendo a articulação da rede.

5.2.3 Comunicação/integração

O quadro 8 apresenta algumas das metas alcançadas e atividades realizadas no que diz respeito à comunicação/integração na RAPS, de acordo com os Relatórios Anuais de Gestão, tais como: oficinas de planejamento, reuniões entre grupos de trabalho (GT) distritais e o colegiado gestor da atenção psicossocial.

A análise do material empírico revelou que houve articulações com outros setores/instituições a saber: Vigilância Epidemiológica (VIEP), Diretoria de Vigilância Sanitária de Salvador (DVIS), promotoria da infância, Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPRE), UFBA, campo temático LGBT, Comitê Intersetorial de População em Situação de Rua, Conselho Regional de Psicologia, Fundação da Criança e do Adolescente (Fundac), Centro de Referência Estadual para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CRE-TEA).

As temáticas discutidas junto a esses setores/instituições referidos anteriormente foram diversas: construção de PTS; dispensação de medicamentos; fluxo de acolhimento e cuidado dos residentes na Unidade de Acolhimento; criação de fluxos e ações voltadas à atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas; acompanhamento das ações realizadas nas Residências Terapêuticas; cuidado à saúde mental infantojuvenil; acesso aos serviços para a população de rua, grupo LGBT, pessoa com deficiência e usuários com tuberculose; estratégias de prevenção e atenção ao suicídio. Conforme quadro 8, ainda houve reuniões internas da SMS e com outros setores de planejamento e articulação para discutir vários assuntos da RAPS.

Quadro 8 - Síntese das ações de comunicação/integração para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019

Ano	Descrições das metas alcançadas e outras ações realizadas
2014	<ul style="list-style-type: none"> ● 03 reuniões do grupo de trabalho da RAPS; ● 06 reuniões do colegiado gestor da atenção psicossocial com participação de gerentes, coordenadores, técnicos dos serviços de saúde mental e representantes dos profissionais dos serviços e dos Distritos Sanitários.
2015	<ul style="list-style-type: none"> ● Reunião da SMS com a Promotoria da Infância sobre a Unidade de Acolhimento para revisão do fluxo de acolhimento e cuidado dos residentes no serviço, além do encaminhamento de casos da Rede para a Unidade de Acolhimento; ● Reunião da Vara de Infância e Juventude em presença do Ministério da Saúde com Ministério Público, SMS e Unidade de Acolhimento para apresentação do fluxo construído coletivamente e então firmado com as instâncias presentes em vistas ao acolhimento e acompanhamento dos residentes.
2016	<ul style="list-style-type: none"> ● 08 encontros de Oficinas de Planejamento com a técnica integrante da equipe da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde sobre as atividades técnicas internas da Coordenação Geral e do Núcleo de Apoiadores à Gestão; ● 01 reunião sobre o projeto Brincando em Família com a UFBA para apresentação do projeto e diálogos sobre a possibilidade de apoio municipal com cessão de psicólogo para projeto; ● 01 reunião com o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso para articulação de ações formativas sobre esse tema na rede especializada da Atenção Psicossocial e de ações de matriciamento; ● 02 tentativas de pactuação entre a SMS e a SEMPS para cuidados compartilhados com a Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; ● 02 reuniões do grupo técnico integrado da RAPS AD com a FUNDAC e a SEMPS para discussão da criação de fluxos e ações voltadas à atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas; ● Implantação da Comissão de infância e juventude; ● Realização do Encontro Temático sobre a Atenção Psicossocial à Infância e Juventude - "O cuidado à saúde mental infantojuvenil no território: desafios e possibilidades"; ● 07 reuniões do Colegiado de Residências Terapêuticas para acompanhamento das ações realizadas nas RTs; ● 01 reunião para tratar de questões sobre PTS, cuidadores e técnicos de enfermagem com uma profissional de referência do SRT Jardim Baiano, e 02 junto à equipe do SRT Boca do Rio;

	<ul style="list-style-type: none"> ● 03 reuniões para tratar da descentralização da dispensação à demanda aberta dos medicamentos que fazem parte do elenco de saúde mental; ● Construção de GT de SM em Brotas. ● 01 documento orientador sobre as Atribuições dos Técnicos de Enfermagem nos Serviços Residenciais Terapêuticos, aguardando publicação em Diário Oficial para vigorar enquanto ato normativo municipal.
2017	<ul style="list-style-type: none"> ● Funcionamento de 05 grupos de trabalho distritais da Rede de Atenção Psicossocial: Brotas, Cabula/Beiru, Itapuã, Pau da Lima e São Caetano, este último voltado somente às demandas de Infância e Adolescência; ● 02 reuniões de planejamento de "Oficinas de Notificação em Violência" para a realização das ações programadas pela DVIS/VIEP/DANT nos serviços da RAPS especializada; ● Reunião sobre o projeto Brincando em Família com a prof. Vânia Bustamente (UFBA-coord. do projeto) para apresentação do projeto e diálogos sobre a possibilidade de apoio municipal com cessão de psicólogo para projeto; ● 02 reuniões do GT de Reordenamento da SEMPS e de 1 evento na SEMPS, que apresentou seus equipamentos assistenciais. ● Reuniões para ações conjuntas do Consultório na Rua com o campo temático de álcool e outras drogas (AD); ● 01 reunião com campo temático LGBT sobre acesso de serviços de saúde mental; ● 02 reuniões sobre o cuidado aos portadores de tuberculose; ● 04 reuniões do Comitê Intersetorial de População em Situação de Rua sobre acesso a serviços para esta população, envolvendo articulações intersetoriais; ● 01 participação em evento do Conselho Regional de Psicologia com exposição sobre a clínica psicossocial na RAPS e na Saúde Pública. ● 01 documento orientador para a construção de Linha de Cuidado em Atenção Psicossocial; ● 01 documento orientador das práticas e do processo de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial; ● 01 documento orientador das práticas e do processo de trabalho do farmacêutico nos Centros de Atenção Psicossocial.
2018	<ul style="list-style-type: none"> ● 45 reuniões de articulação da RAPS, envolvendo: os GT RAPS dos DS Brotas, Cabula/Beiru, Itapuã e São Caetano-Valéria, o CRE-TEA para articular matriciamento sobre autismo, entre os Centros de Saúde Mental e os CAPS do território de abrangência para pactuação de fluxos, com a SESAB para construção do fluxo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes, Oficina no Tribunal Regional Eleitoral sobre Álcool e Outras Drogas na Adolescência, no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da População de Rua e outras ações afins sobre o campo temático nos DS; ● Articulação com o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte, com a DVIS e o NEPS/CIAVE/SESAB sobre estratégias de prevenção e atenção e suicídio, além dos Conselhos de Classe de Enfermagem e do Serviço Social ● 10 reuniões de planejamento sobre o Projeto Girassóis de Rua, envolvendo a DEPG e a Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde na perspectiva de aumentar os pontos de atenção da RAPS municipal.
2019	<ul style="list-style-type: none"> ● 54 reuniões de articulação da RAPS e outras redes de atenção à saúde: sobre GT RAPS Distrital, com o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da População de Rua, com o Comitê POP Rua da Saúde, com a DVIS sobre estratégias de prevenção e atenção ao suicídio e às violências, com a SEMPRE atuando na interface entre saúde e proteção social da população

	<p>de rua, envolvendo equipamentos da RAPS e RPCD sobre demandas de interface entre saúde mental e reabilitação de pessoas com deficiência, com Atenção Primária incluindo pontos de Consultórios na Rua, NASF-AB e campo temático LBGT, para monitoramento do Plano Municipal de Enfrentamento às DCNT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foram desenvolvidas reuniões nos GT RAPS Distritais de Itapuã, Cabula/Beiru e São Caetano/Valéria;
--	---

Fonte: RAG 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019.

Em 2014, foi formado um grupo técnico para discutir questões sobre comunicação e integração para o fortalecimento da rede de cuidados a pessoas em vulnerabilidade social e que enfrentam problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas (RAG 2014). Em 2015, esse grupo técnico já contava com profissionais dos Consultórios na Rua, CAPS AD, CAPS AD III, Unidade de Acolhimento Infante Juvenil, PA Psiquiátrico, Ponto de Cidadania e Corra pro Abraço a fim de discorrer sobre a articulação, o desenvolvimento do cuidado compartilhado nos serviços, e o acolhimento e encaminhamento dos usuários de saúde mental na RAPS soteropolitana.

No ano seguinte, houve continuidade deste trabalho e a organização de GTs distritais acompanhados pelo Apoiador Institucional em Saúde Mental (AISM), que é um profissional de referência da gestão central nos DS. As articulações com a atenção primária também se fortaleceram através de reuniões entre as coordenadorias e encontros nos DS. Ainda naquele ano, foi implantada a Comissão às Urgências e Emergências da Atenção Psicossocial, por meio da qual foi iniciado a formulação do Protocolo de Atenção de urgência e emergência em saúde mental e a elaboração de um fluxo de atenção para este componente. Houve também o fortalecimento dos colegiados de gestão para alinhar o trabalho de gestão entre gerências, chefias, DS e coordenadoria de saúde mental, sobre a organização clínico-institucional, educação permanente e articulação de redes (RAG 2016). No ano seguinte, perdurou-se as reuniões do colegiado das Residências Terapêuticas, do Apoio Institucional, o colegiado com os gerentes e setores técnicos da SMS, e o colegiado para a organização clínico-institucional dos Centros de Saúde Mental (CSM) (RAG 2017).

As evidências apontam que a gestão central de saúde mental tem feito um esforço de buscar como conhecer a organização do processo de trabalho nos pontos de atenção da rede. Recentemente, foi realizado um trabalho voltado para os CAPS e os CSM, a fim de mapear de onde vinham os usuários, para onde eram encaminhados, quantos são matriculados e admitidos, quantos tiveram alta, do ponto de vista quantitativo, para fins de diagnóstico dessa articulação/desarticulação da RAPS no município.

Foi feita referência ao projeto da Sala de Situação que se constitui como uma iniciativa da gestão cujo objetivo é mapear as demandas da população a partir de um sistema de informação local do próprio serviço e compreender o perfil de quem chega:

[...] o projeto da Sala de Situação que tenta mapear essas demandas a partir de um sistema de informação local [...] fazer uma leitura mais refinada de quem procura o serviço assim como de quem está usando o serviço. Pensar do ponto de vista epidemiológico, demográfico, renda, situação social, além disso mapear questões transversais em relação a saúde da pop negra, LGBT, risco de suicídio (E1)

Ainda houve a menção de planejamento para estabelecer uma linha de cuidado em saúde mental a fim de desenhar um itinerário do usuário na gestão do cuidado de maneira mais fluida. Também sobre a construção de um guia operacional dos CAPS a fim de estruturar o processo de trabalho destes serviços, tendo em vista uma rede de saúde mental que não esteja fragmentada.

Outra ação considerada importante para o avanço da rede de saúde mental é a implantação do prontuário eletrônico no âmbito da SMS para armazenar dados de saúde e possibilitar o processamento de informações inclusive para RAPS:

A gente percebeu que o prontuário vai ser uma forma de comunicação bacana entre os serviços, você consegue fazer o uso dele, acredito que pode ser um facilitador para articulação local [...] A partir do registro no prontuário automaticamente será gerada a informação do RAAS, está tudo integrado, o prontuário otimiza o processo de registro...veja que de alguma maneira tudo isso, apesar de várias dificuldades, tem um passo-a-passo importante que estamos seguindo então a gente não consegue ainda ver os resultados [...] a gente tem um passo-a-passo muito importante (E1)

Embora haja várias frentes de trabalho em andamento esses documentos ainda não estão finalizados completamente e disponibilizados de maneira pública para todos os profissionais diante de dificuldades como a pandemia os informantes ressaltam que “não é só implantar o documento, mas trabalhá-lo, validá-lo sobretudo”.

[...] tem fluxos que são construídos que são pactuados e consensuados entre a Rede, a gente tem um documento/uma diretriz sobre o funcionamento do CAPS a gente tem outro documento para o funcionamento dos ambulatórios, mas acho que escrito não tem [...] são pactuações que acontecem em grupos (coletivos dos gerentes, coletivo dos coordenadores técnicos) [...] escritos não, mas existem sim (E13)

Das reuniões registradas nos relatórios, ao longo dos períodos analisados, não houve informações sobre as ações que decorreram diretamente de cada uma e sim informações generalizadas, não sendo possível fazer inferência a respeito dos impactos delas.

Foram inúmeras ações de comunicação realizadas e esforços no sentido de discussões/reuniões, construção de documentos orientadores de fluxos e processos de trabalho, mas as evidências apontam que há uma descontinuidade nos processos por questões de ordem

estrutural como a diminuição/troca de profissionais, a exemplo do apoiador institucional, que impossibilitam a continuidade no desenvolvimento das ações.

5.2.4 Educação permanente

No que tange a educação permanente em saúde (EPS), no período analisado, foi registrado, conforme quadro 9, o acolhimento de novos servidores da Atenção Psicossocial, capacitação sobre os cuidados na atenção psicossocial e qualificação do atendimento, bem como capacitação específica para os cuidadores das RT. Houve rodas de conversas e encontros abordando as redes em Saúde Mental, pessoas em situação de rua, alinhamento e qualificação das ações técnicas da CRASP junto aos serviços especializados da RAPS, saúde mental infanto-juvenil e Residências Terapêuticas.

Os relatórios anuais de gestão mostram que algumas temáticas para formação ocuparam espaços em simpósios tais como atenção à crise e urgência em saúde mental, matriciamento em saúde mental, prevenção ao suicídio, registros e informações da atenção psicossocial. Foram realizados cursos com os seguintes temas abordados: manejo de grupo para oficinairos, álcool e outras drogas, emergência psiquiátrica, manejo de grupos para os profissionais dos CAPS. Ainda há registros da oficina “qualificação de cuidadores e técnicos de referência dos serviços residenciais terapêuticos” e do fórum de saúde mental distrital. Conjuntamente ocorreram diversas ações de matriciamento realizadas pelos CAPS.

Quadro 9 - Síntese das atividades formativas e de educação permanente e formações para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019

Ano	Descrições das metas alcançadas e outras ações realizadas
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Sem registros
2015	<ul style="list-style-type: none"> • 43 reuniões técnico-administrativo-operacional realizadas com técnicos, apoiadores (gestão e institucionais) e gerentes da rede de saúde mental; • Simpósio "Psicopatologia: Suspeita Diagnóstica em Saúde Mental" com a presença de 328 profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Salvador; • Roda de Conversa Construção de Redes em Saúde Mental, com presença de 60 profissionais; • Simpósio “Atenção à Crise e Urgência em Saúde Mental”, com 290 profissionais.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • I Acolhimento dos novos servidores da Atenção Psicossocial, com participação de 27 novos servidores; • Rodas Itinerantes de Educação Permanente (rodas de conversas temáticas nos serviços); • 05 encontros sobre Supervisão Clínico-Institucional de um psiquiatra para alinhamento e qualificação das ações técnicas da CRASP junto aos serviços especializados da RAPS.

	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Distrito São Caetano; • Curso de Manejo de Grupo para Oficineiros; • Simpósio de Atenção Psicossocial da Criança e adolescente – o despertar para dimensões do cuidado; • Encontro Municipal das Residências Terapêuticas; • 2ª Oficina de Qualificação de Cuidadores e Técnicos de Referência dos Serviços Residenciais Terapêuticos
2017	<ul style="list-style-type: none"> • 03 Rodas de Conversa com os profissionais de saúde para a atenção à saúde da pessoa em situação de rua dos Distritos Sanitários (Brotas, Itapagipe e Centro Histórico) com Equipes de Consultório na Rua realizadas; • Rodas Itinerantes de Educação Permanente" (rodas de conversas temáticas nos serviços) • Capacitação dos Cuidadores das RT; • Fórum de Saúde Mental do Distrito Cabula/Beiru; • Encontro de Saúde Mental Infanto-Juvenil do Distrito São Caetano; • Encontro Municipal das Residências Terapêuticas; • Encontros: Curso de Manejo de Grupo para Oficineiros; • 08 encontros de Oficinas de Planejamento com a técnica integrante da equipe da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde; • 05 encontros sobre Supervisão Clínico-Institucional com o psiquiatra da Rede de Saúde Mental de Minas Gerais, para alinhamento e qualificação das ações; • Simpósio de Atenção Psicossocial da Criança e Adolescente – o despertar para dimensões do cuidado;
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas - Módulo Gestores, em conjunto com o CAPS AD Gregório de Matos (SESAB/UFBA); • Curso SAMU e UPA em Emergência Psiquiátrica, em parceria com a DRCA; • Curso Saúde Mental no DS Subúrbio Ferroviário, articulado em parceria com a DAS/Atenção Primária e o Ministério Público/BA sobre atenção psicossocial infanto-juvenil; • Capacitação em Cuidados na Atenção Psicossocial na DPU junto à Defensoria Pública da União, voltado a seus servidores para qualificação do atendimento de portadores de transtornos mentais nesse Órgão. • 120 ações de matriciamento realizadas pelos CAPS;
2019	<ul style="list-style-type: none"> • 187 ações de matriciamento realizadas pelos CAPS; • Curso de Manejo de Grupos para os profissionais dos CAPS em parceria com uma psicóloga do CETAD/UFBA; • Simpósios: I Simpósio Multiprofissional e Interdisciplinar da Saúde Mental, II Simpósio de Saúde Mental: um olhar para o matriciamento em saúde mental, III Simpósio de Saúde Mental: Prevenção ao Suicídio, IV Simpósio de Saúde Mental: Registros e Informações da Atenção Psicossocial; • III Encontro das Residências Terapêuticas.

Fonte: RAG 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

Em 2015, houve oficina mediada pelos apoiadores do Ministério da Saúde e em parceria com a SMS com o objetivo de discutir o Apoio Institucional à Gestão, sendo considerado como

um espaço de reflexão da prática cotidiana para o processo de consolidação das funções na RAPS (RAG 2015). Não há detalhamentos no relatório sobre os efeitos que essa oficina trouxe nem se provocou alterações no planejamento da SMS.

A atuação do Apoio Institucional em Saúde Mental foi se firmando como um potente elo da educação permanente nos serviços, sendo ratificada a necessidade da manutenção e ampliação do AISM para outros Distritos, inclusive na composição dos Núcleos de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGETES)² distritais (RAG 2016).

Em 2018 foi reforçado o quanto as ações de matriciamento propostas buscaram fortalecer a interlocução na RAPS, promovendo a articulação do cuidado em rede do ponto de vista técnico-pedagógico e assistencial.

Nas entrevistas ficou claro o quanto as ações de capacitação e formação em saúde mental são consideradas essenciais para organização do processo de trabalho em saúde mental, principalmente para os profissionais da atenção básica, que por muitas vezes não se sentem tão confortáveis em manejar questões de saúde mental. Algumas ações realizadas tiveram impactos positivos para as equipes, principalmente, para os profissionais da APS que passaram a se sentir mais capazes para manejar casos de usuários de saúde mental:

Há alguns anos atrás [...] tinha pouco diálogo com o CAPS [...] algum tempo depois houve mudança de gestão da área de saúde mental do DS e aí teve início a alguns diálogos [...] foi identificado uma necessidade de se trabalhar uma capacitação dos médicos da Atenção Primária pra que eles se sentissem mais seguros em conduzir os pacientes de baixa até moderada complexidade [...] Então foram iniciadas essas capacitações [...] além de ser um espaço de capacitação, discutia alguns problemas da rede em si e isso promovia um maior contato, um diálogo, uma aproximação. Com isso começou um movimento de mapeamento pelos CAPS dos pacientes de quadro leve e moderado e alguns foram absorvidos pela atenção primária, outros eram feito o manejo em conjunto (E4)

[...] um avanço é a discussão desse tema do nível de atenção primária aos pouquinhos a gente tivesse aproximando do tema cada vez menos parece ser mais esquisito ter um usuário de saúde mental dentro da unidade básica de saúde [...] a comunidade vai entendendo que é um espaço de cuidado também. (E15)

Com algumas equipes a gente tem conseguido conversar mais, tem coisas que até antes da situação ser trazida o caso ser discutido, alguns colegas chegam e falam: ah eu já tentei isso/já fiz isso que nem você falou daquela outra vez, daquela sugestão, então isso eu acho que é um avanço assim é uma compreensão mais ampliada do adoecimento psíquico (E20)

² Os Núcleos de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (NUGETES) são instancias de planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das ações referentes à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, instituídas em 2015 nas Diretorias e Coordenadorias da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador como instancia de planejamento, organização, execução, monitoramento e avaliação das ações referentes à Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Outra ação avaliada como positiva pelos informantes foi o último concurso realizado que proporcionou uma alteração nos vínculos profissionais. Isso foi considerado um avanço, já que possibilita a manutenção do profissional por mais tempo em determinado serviço:

Estou nessa rede desde 2007, o que observei de avanço foi a questão do concurso...o serviço que eu trabalho hoje antes da gente entrar ele era um serviço do Estado depois ele foi municipalizado e a primeira equipe era de pessoas contratadas e aí quando a gente entrou como concursado foi saindo todas as pessoas contratadas e entrando todos nós concursados, acredito que essa questão do concurso é essencial para você manter aqueles profissionais da rede para não ficar aquela rotatividade enorme (E9)

[...] os concursos, o diálogo crescente com a gestão tivemos em 2017 o retorno das vagas para coordenação dos CAPS, esse cargo no qual eu me encontro e que reúne uma porção de colegas em alguns CAPS.(E12)

A educação permanente se constitui como uma importante ação no avanço da RAPS, inclusive por meio do apoio matricial e institucional. Houve diversos registros de atividades nesse sentido nos RAGs, contudo os profissionais não trouxeram esse reconhecimento nas falas, provavelmente por não estar associado à real necessidade do serviço. Desse modo, é preciso que haja maior articulação entre a demanda profissional e o planejamento das atividades de EPS.

5.2.5 Mobilizações sociais

O material empírico revelou que aconteceram algumas mobilizações sociais que a CRASP esteve envolvida, a fim de elencar questões que precisam ser revistas na RAPS notadamente da estrutura e questões clínicas, com vistas a legitimar a participação social como princípio da Reforma Psiquiátrica e firmar a necessidade de empoderamento dos usuários para promoção da cidadania, através da participação e atuação política em prol da temática de saúde mental, conforme quadro 10.

As principais atividades realizadas nesse sentido foram: reuniões com os usuários de saúde mental e movimentos sociais, encontros/reuniões sobre desinstitucionalização e os Serviços Residenciais Terapêuticos, audiências com o Ministério Público do Estado da Bahia para levar demandas sobre o CAPSia, sobre pessoas com transtorno do espectro autista e questões referentes ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e implantação de leitos hospitalares; reuniões junto à Defensoria Pública do Estado da Bahia sobre temáticas da população de rua, população idosa e pessoas em situação de acolhimento institucional.

Quadro 10 - Síntese das ações comunitárias e mobilizações sociais para a implantação da RAPS descritas nos Relatórios Anuais de Gestão de Salvador, no período de 2014 a 2019

Ano	Descrições das metas alcançadas e outras ações realizadas
-----	---

2014	<ul style="list-style-type: none"> ● 03 reuniões com os usuários dos serviços de saúde mental do município e movimentos sociais
2015	<ul style="list-style-type: none"> ● Reuniões mensais com movimentos sociais, com presença dos movimentos sociais: Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental - Amea, Associação dos Usuários de Brotas, Papo de Mulher e representantes dos usuários dos CAPS; ● Presença da SMS em 3 assembleias de usuários dos serviços; ● 05 encontros sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos em que foi discutida a necessidade de intervenção do Ministério Público quanto à dificuldade de aquisição de benefício de alguns moradores junto aos bancos e INSS; ● Presença em audiência com o Tribunal de Justiça da Bahia, sobre a desinstitucionalização de internos do Hospital de Custódia e Tratamento.
2016	<ul style="list-style-type: none"> ● 12 reuniões contando com a presença dos movimentos sociais: Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental (AMEA), Associação dos Usuários de Brotas, Papo de Mulher e representantes dos usuários dos CAPS.
2017	<ul style="list-style-type: none"> ● 29 audiências com o Ministério Público: para situação do Abrigo Lar Vida, voltado a crianças e adolescentes; envolvendo casos de infância e adolescência e demandas para CAPSia, sobre protocolo de urgência e emergência infanto-juvenil, envolvendo implantação de leitos em hospital geral e fluxos assistenciais; sobre descredenciamento dos hospitais estaduais especializados em saúde mental localizados no município de Salvador; sobre fluxos assistenciais de demandas infanto-juvenis, envolvendo implantação de leitos em hospital geral; sobre o CAPS II ia Luís Meira Lessa e sobre CAPS ad III Gey Espinheira; ● Participação da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde Psicossocial de ações junto com a SESAB direcionadas para o fechamento dos hospitais psiquiátricos com um Plano de Ação sobre Desinstitucionalização no Estado da Bahia.
2018	<ul style="list-style-type: none"> ● Participação em 21 reuniões/audiências junto ao Ministério Público do Estado da Bahia para articular inclusão de usuários dos CAPS ia no Projeto Artemente, realizado também em parceria com o Ministério Público do Trabalho, para dar continuidade a pactuação dos leitos hospitalares em atenção à saúde mental infanto-juvenil, sobre demanda reprimida de pessoas com autismo, e envolvendo articulação de cuidado e situações de risco diversas; ● 05 reuniões junto à Defensoria Pública do Estado da Bahia sobre temáticas de POP Rua e sobre o campo AD; ● 06 reuniões sobre desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos junto à SESAB e 01 junto ao COSEMS/BA.
2019	<ul style="list-style-type: none"> ● 36 reuniões/audiências junto a Órgãos de Defesa dos Direitos envolvendo: monitoramento dos usuários dos CAPSia no Projeto Artemente, realizado também em parceria com o Ministério Público do Trabalho; para discutir sobre leitos hospitalares em atenção à saúde mental infanto-juvenil; fluxos de atendimentos de pessoas com transtorno do espectro autista; qualificação de trabalhadores que atuam no abrigamento infanto-juvenil e demandas de acessibilidade na RAPS no que se refere a comunicação por LIBRAS; ● 08 reuniões junto à Defensoria Pública do Estado da Bahia para ampliação do acesso assistencial de usuários RAPS, acessibilidade da população idosa a RAPS e atenção psicossocial a pessoas em situação de acolhimento institucional.

Fonte: RAG 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019

Embora no conselho municipal de saúde (CMS) haja pessoas sensibilizadas para as questões de saúde mental, só quando há alguma pauta relacionada à saúde mental é que eles

buscam integração com a coordenação de saúde mental e vice-versa. O resultado é o aumento da fragmentação e distanciamento entre as ações:

A gente tem um conselho municipal que participou nessa reestruturação do consultório na rua, através dos trabalhadores [...] A gente tem pessoas lá dentro que são sensibilizadas, tanto a saúde mental como a saúde da população em situação de rua, não sei dizer com relação a calendário como que está (E2)

Só quando envolve uma pauta específica em que entre uma questão de saúde mental a gente em geral é convidado para participar da reunião, porque o conselho tem sua composição (E1)

A gente não tem uma rotina de contato com conselho a gente vai só quando o conselho apresenta uma pauta muito específica da Saúde Mental para discutir tal pauta (E13)

Ademais, os profissionais entrevistados reforçaram a baixa realização de ações intersetoriais de mobilização social sobre a temática da RAPS que envolvam moradia, educação, segurança, entre outros setores:

As ações no território também são muito importantes pois ressignifica o lugar do usuário de psicoativos, né? Aquele que era o invisível passa a ser cuidado e as próprias pessoas passam a se questionar do porquê daquele uso (E3)

Os usuários de saúde mental muitas vezes precisam de algum tipo de inserção, outras coisas que complementam [...] precisam de mais articulações, precisam de emprego, de lazer [...] isso tudo não se faz só no CAPS [...] precisa de articulação de apoio [...] e a muito tempo que não vejo isso e isso vai depender de cada CAPS como cada CAPS consegue articular isso...acho bem complicado deixar tudo isso à mercê, poderia ter mais opções pra isso, mais parcerias na rede como um todo (E5)

Os resultados revelam reuniões e encontros em que a coordenadoria de atenção psicossocial de Salvador participou mostrando a aproximação dela com as questões de mobilização social, no entanto as falas de profissionais dos serviços revelam lacunas nas ações de mobilizações sociais no território. Não foi possível obter informações oriundas diretamente dos conselhos municipais de saúde tendo em vista que não houve retorno da comunicação realizada.

5.3 IMPLANTAÇÃO DOS COMPONENTES DA RAPS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR: DISTÂNCIA ENTRE O IDEAL E O REAL

5.3.1 Componente Atenção Básica

Considerando que a atenção básica deve realizar o acolhimento à demanda espontânea até o atendimento dos casos de saúde mental, bem como encaminhar dentro da rede de atenção psicossocial aquelas situações de maior complexidade, foi destacado pelos entrevistados que em algumas das unidades da atenção básica, a prática do acolhimento vem sendo realizada, conforme o preconizado, com as escutas, orientações e devidos acompanhamentos em todo o tempo. Os usuários de saúde mental chegam por demanda espontânea e por demandas trazidas

do território pelos Agentes Comunitários de Saúde e a partir daí se desdobram os atendimentos ou encaminhamentos:

A gente tem o acolhimento estruturado onde 01 equipe das 04 fica por um dia e no dia que falta, reveza. A saúde mental entra por essa via (E15).

de um modo há um Acolhimento à Demanda Espontânea na Unidade sempre tem um turno um profissional responsável, geralmente sempre um profissional médico também nesse Acolhimento e as demandas de Saúde Mental são encaminhadas em Reuniões de equipe ou conversas entre profissionais a partir deste atendimento inicial (E20)

Em algumas unidades, essa prática do acolhimento só foi estimulada pela pandemia de Covid-19. Os entrevistados relatam que no cenário de pandemia, que o mundo vive atualmente, houve um olhar mais voltado para questões de saúde mental, inclusive foi um impulsionador para a organização do acolhimento em algumas unidades da APS:

Antes da pandemia a USF não tinha acolhimento bem desenhado... a gente fazia encaixes nas agendas das outras demandas e tinha dias que a gente conseguia atender bem as demandas, mas tinha dias de sobrecarga, porque juntava a agenda feita mais as demandas espontâneas. A partir do momento que veio a pandemia a gente se viu forçado a organizar esse fluxo e isso aconteceu em várias unidades de saúde, a maioria não tinha esse fluxo bem estabelecido (E4).

Essa semana a gente testou um acolhimento de usuário com risco de suicídio, tem aparecido alguns casos assim (E15).

Chega para o médico, muita gente, que eu percebo no acolhimento, que tá com algum problema emocional, algo psicológico, esse negócio [pandemia] afetou todo mundo, não tem ninguém ileso né? (E19)

Por outro lado, observou-se que ainda não há padronização de fluxos de acolhimento e atendimento em todas as unidades, inclusive pela rotatividade de profissionais. Também há relatos da necessidade de ter maior clareza sobre o que é um caso mais leve e um caso mais grave. Ainda há profissionais de uma mesma unidade que apresentam resistência ou não entendimento da prática do acolhimento, produzindo práticas distintas para os usuários com problemas de saúde mental, que adentram a RAPS:

Foi variando o formato ao longo do tempo em função da grande variedade de profissionais que passam por aqui, então a troca de médicos é muito constante, a troca de profissionais da enfermagem [...] então o formato específico vai dependendo muito da chegada dessas novas pessoas né? (E20)

O acolhimento é mais parcial, baseado naquele profissional que é mais sensível, não existe talvez essa visão enquanto unidade desse acolhimento. (E21)”

Há entendimentos de alguns profissionais que é bem individual, tem uns que entendem bem que existem aquelas recomendações no caderno de atenção básica de acolhimento que traz o fluxograma [...] existem profissionais que colaboram com isso enquanto outros demonstram modelo antigo que não precisava de acolhimento, que dá mais trabalho [...] tem profissionais que conseguem dar resolutividade dentro de sua categoria àquela queixa àquele paciente, já consegue fazer uma orientação ou a depender da categoria fazem o atendimento em si, mas tem profissionais que identificam que qualquer paciente que chegue com qualquer queixa, qualquer situação

vai ser encaminhado para o médico [...] tem profissionais que têm dificuldade de fazer até a primeira escuta. (E4)

[...] a gente precisava saber claramente o que é alto risco e o que não é, pra gente ter clareza no que se enquadra e não enquadra, como na rede cegonha, por exemplo. Como a gente não tem isso, a gente fica jogando um para o outro e o paciente fica peregrinando. (E15)

Mesmo diante dessa falta de alinhamento sobre o acolhimento e dos diferentes posicionamentos dos profissionais, acerca disso há atendimento dos casos de saúde mental na atenção básica e algumas unidades conseguem dialogar com os pontos de atenção como CAPS, SAMU e UPAs para as situações mais graves em que há necessidade de encaminhamentos:

Quando é um caso mais grave e vê que precisa realmente da avaliação do psiquiatra com urgência ou que precisa de um internamento, a gente vai ou acionar o serviço do SAMU ou da UPA ou então liga pra a equipe do CAPS ajudar em algumas orientações [...] o encaminhamento pra o CAPS, a gente faz uma comunicação direta, WhatsApp [...] também emite a ficha pra documentar aquilo ali, tanto em prontuário como pra o usuário levar pra unidade a ficha de referência e contrarreferência (E4)

Quando acessa algum usuário que tem algum um caso leve então esse paciente é acolhido, orientado, há escuta pra saber [...] procuro saber se essa pessoa faz um acompanhamento regular, geralmente os que vem aqui já faz acompanhamento, ou no CAPS, ou tem acompanhamento com o médico e ele renova as receitas, poucos casos aqui que é acompanhado pelo CAPS [...] como a gente estava com médico, eles renovavam a receita, mas o acompanhamento muitas vezes quando iam pra lá eram encaminhados para o PA. Com relação à crise, dificilmente acontece, mas em dezembro aconteceu e o familiar veio correndo pra gente acionar a SAMU, porque ele já tinha acessado e a SAMU não tinha vindo. Então a gente contactou com a SAMU pra mostrar a urgência. (E21)

O NASF, enquanto parte da atenção básica, deve oferecer suporte no cuidado por meio do apoio matricial em que um profissional, a partir de um núcleo de conhecimento especializado, contribui no aumento da capacidade de cuidado das equipes apoiadas e amplia o escopo de ofertas de cuidados, utilizando, inclusive, ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas da equipe multiprofissional, envolvendo um sujeito individual ou coletivo.

As narrativas revelam que infelizmente existem dificuldades que impactam no processo de trabalho dos profissionais dos NASF como a carga horária, o fato de ter que dar suporte a mais de uma unidade, a rotatividade dos profissionais e a não instituição de fluxos para isso.

Isso já é uma dificuldade, você dar conta de duas unidades diferentes, são sete equipes uma tem quatro e outra tem três, mas é bem complicadinho assim porque cada unidade tem uma rotina, entendeu? (E19)

[...] de modo geral a gente apoia, não necessariamente uma capacitação/uma matriciamento formal né? às vezes na discussão do caso mesmo a gente discute com o que cada um vai ficar responsável e porque cada um tá ficando responsável por determinada coisa e porquê que seria importante, então a gente sempre tenta compreender o caso de uma maneira mais ampla, mas obviamente tem colegas que são mais receptivos e colegas que são menos receptivos, então tem colegas na lógica: pronto então eu passei pra você e agora é com você [...] esta rotatividade de

profissionais isso também fica difícil, entende? [...] às vezes a gente tá sempre precisando recomeçar, a sensação é essa, isso as vezes é desanimador, é cansativo, é exaustivo porque você já avançou um pouco em determinadas coisas daqui a pouco regride [...] não percebo assim uma orientação institucional nesse sentido de como deve ser feito uma aproximação das unidades pra uma diretriz, vamos dizer assim, né? (E20)

Sobre o Projeto Terapêutico Singular, o NASF conseguiu elaborar com a participação da equipe de saúde da família apenas para alguns casos de usuários mais complexos. Todavia, não é uma prática instituída e no cenário atual de pandemia os profissionais entrevistados relataram que essa prática fora interrompida:

Antes a gente conseguia. A gente conseguiu fazer acho que uns dois, eu não vou saber te dizer, mas sim, a equipe conseguiu fazer, o NASF conseguiu fazer, a gente já conseguiu, aí depois que as coisas foram modificando aí [...] hoje não tem como mais não. (E19)

Poucas vezes a gente fez o Projeto Terapêutico, porque assim entendo também que o Projeto Terapêutico vai ser em casos mais sensíveis vamos dizer assim né? [...] eram casos mais complexos [...], mas também isso tem um tempinho, naquela época eram profissionais mais abertos a esta temática eu não sei como seria hoje [...] ultimamente o foco das Unidades tem sido o Covid né? eu ainda continuo recebendo a demanda de Saúde Mental, mas acho que tá compartilhado de maneira mais restrita agora (E20)

Em relação a articulação em rede, as falas revelam que a comunicação não é uniforme no território. Alguns NASF têm dificuldade de estabelecer essa comunicação por falta de retaguarda e por vezes encaminham o usuário direto para o ambulatório especializado pela dificuldade de acessar o CAPS e outros pontos de atenção.

O NASF [...] às vezes, encaminha o paciente para ambulatório quando necessita de acompanhamento psiquiátrico, pela dificuldade de acessar o CAPS [...] então os fluxos não estão funcionando como deveriam. (E17)

Há algum tempo a gente tem dificuldade nessa comunicação com o CAPS da nossa região, porque geralmente também tão sobrecarregados assim com uma demanda assim com os fluxos difíceis, mas aí assim a gente enquanto equipe NASF eu acho que talvez tem um diferencial porque se tem uma Psicóloga na equipe, as demandas de saúde mental talvez cheguem mais facilmente, mas assim nos casos graves, graves assim, olha são poucos que chegam aqui entende?, todas as vezes que a gente tentou, que eu tentei compartilhar o cuidado com o CAPS foi muito difícil, entende? Então eu acho que assim a gente também foi aprendendo entre nós a conduzir alguns casos com dificuldades, com desafios, mas assim, com pouca retaguarda. (E20)

Uma das principais ações de fomento para que as práticas de cuidados aconteçam na Atenção Primária tem sido o Apoio Matricial. Houve destaque, pelos entrevistados, que no período de pandemia houve o fortalecimento de uma das suas ferramentas, o telessaúde. Esse dispositivo é aquele em que um especialista faz o matriciamento por telefone, orientando qual a melhor conduta frente ao caso solicitado para o profissional de saúde da família. Ou então se o próprio profissional do telessaúde percebe que é um paciente de complexidade muito grande com necessidade de acompanhamento por um serviço mais complexo² eles absorvem esse paciente e realizam o encaminhamento:

[...] é a ferramenta que usa hoje para educação permanente [...] a critério das equipes eles fazem o cadastro no Telessaúde e tem o material a disposição. (E17)

O apoio médico da atenção especializada da RAPS e os CAPS para os médicos da Atenção Primária [...] faz com que essa linha de cuidado seja viva e potencializada mesmo. (E18)

Achei muito interessante através da plataforma do Telessaúde Bahia, alguns serviços tem prestado matriciamento e até mesmo a forma de referenciar pra esses serviços tem sido por meio dessa plataforma onde o profissional que está, por exemplo, na Atenção Primária, na USF, ele vai acessar por meio da plataforma do site do Telessaúde, vai enviar a dúvida/ o caso e vai obter a resposta de um especialista [...] uma ferramenta hoje com a tecnologia, com a informática, potente pra pensar no futuro e utilizar na RAPS.' (E4)

No entanto, o matriciamento por meio do Telessaúde ainda é visto pelos profissionais como insuficiente, o que gera a necessidade de pensar em outros meios de capacitação e educação permanente para isso, inclusive virtuais para um maior alcance de profissionais:

“Medicar depressões leves, a gente faz, a gente precisa discutir ainda alguns medicamentos, a dificuldade de fazer o desmame, o que acho que com o matriciamento a gente conseguiria fazer essas pequenas articulações [...] quem sabe em algum momento ao invés da gente fazer o matriciamento local a gente use essa forma que a gente está usando agora [online], os matriciadores poderiam matriciar um distrito inteiro. A gente poderia fazer as discussões de caso, depois uma discussão teórica, no modelo de residência, onde as equipes pudessem compartilhar o caso (E15).

A gente tem visto que a alternativa o apoio matricial virtual e algumas conexões virtuais vem sendo utilizado neste momento de Pandemia, então tá sendo uma ferramenta nova e tá sendo tanto utilizada, ainda que é preciso um movimento a mais. (E18)

Os consultórios na rua são responsáveis em atender a população em situação de rua, identificando suas demandas e oferecendo tratamento em articulação com os demais serviços da rede. Salvador possui 5 equipes de consultório na rua, através do projeto Girassóis de Rua implementado por meio de uma Organização Social.

No município, embora haja depoimentos que o cuidado prestado pelas equipes de consultório na rua é bom e que acontecem articulações com os CAPS, o acompanhamento do processo de trabalho destes consultórios está descentralizado nos distritos sanitários. Os depoimentos revelam que para operacionalização desses consultórios há necessidade de ter maior aproximação entre a atenção básica e a atenção psicossocial especializada:

A assistência que é prestada para pessoas em situação de rua é muito melhor, a gente tem esse feedback das equipes dos CAPS. As articulações acontecem com todas as dificuldades [...] a gente tem o feedback que são equipes muito atuantes muito implicados e que consegue fazer essa busca aos CAPS muito mais do que os CAPS as UPAs. (E13)

[...] convivendo com o consultório na rua, com certeza a gente tem uma falha grande aí, que eu espero que uma hora ela seja preenchida. Em relação a comunicação mesmo, existe investimento dos profissionais na condução de caso, mas a própria estrutura dura da secretaria, às vezes, não permite que isso seja mais fluido né? Então os casos para serem acompanhados em parceria com as equipes, nem sempre são

fáceis assim, não tem uma facilidade e eu acho que isso é uma questão estrutural também. Essa não aproximação, muitas vezes, da atenção básica à saúde mental é estrutural. A própria secretaria, talvez, tenha que investir mais. (E2)

As evidências deste componente mostram que a prática do acolhimento à demanda espontânea ainda não está totalmente implantada e ainda há falta de alinhamento teórico conceitual sobre o papel dos profissionais enquanto parte da RAPS. Como consequência, nem sempre os casos de saúde mental têm acesso a esses serviços. Possivelmente pela pouca qualificação destes profissionais.

Também há o problema da insuficiência de profissionais para dar conta de todas as demandas que chegam às unidades, que é causado pela baixa cobertura da atenção básica no município e não priorização de infraestrutura para a rede de atenção à saúde, o que gera a sobrecarga dos profissionais. Em última análise, o manejo do usuário em saúde mental na APS não tem sido suficiente para dar resolutividade aos problemas identificados.

Poucas informações foram disponibilizadas a respeito do funcionamento dos consultórios na rua e nenhuma menção sobre apoio da atenção básica aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, conforme preconizado na portaria da RAPS, o que revela fragilidades na comunicação da rede, fazendo com que pontos de atenção atuem de maneira isolada na RAPS e pouco avancem no sentido da integração.

5.3.2 Componente Atenção Especializada

No que concerne à atenção especializadas, levando em conta que o CAPS tem o objetivo de realizar o acolhimento e acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, de acordo com os depoimentos, cada centro no município funciona de maneira peculiar sem uma uniformidade na organização estrutural e na organização interna dos processos de trabalho *“fica muito uma rede oficioso local, não tem um desenho específico que funcione.”* (E1).

Todavia, como apresentado no capítulo das ações da SMS, há iniciativas da gestão em elaborar documentos institucionais que tragam estabelecimento de fluxos e processos de trabalhos dos CAPS: *“Existem alguns projetos paralelamente que a gente tem tentado desenvolver que vão tentar fazer um certo alinhamento disso”* (E1).

Parte dos profissionais dos CAPS reforçaram que é realizado o acolhimento na rotina de trabalho das equipes, com escuta, direcionamento do cuidado e devidos encaminhamentos, exceto nos turnos de reunião de equipe:

Todo mundo que chega aqui no CAPS tem acolhimento e a gente faz a segunda escuta com um familiar [...] o acolhimento é feito todos os dias. (E14)

Existe acolhimento a gente coloca a pessoa na sala, escuta, acolhe e direciona o cuidado, se for um caso muito grave a gente discute em reunião e matrícula sim, os não tão graves a gente está encaminhando pra rede ambulatorial. (E7)

No CAPS tem demanda aberta, tem um livro de registro para todos que chegam para o acolhimento, o profissional que acolheu registra qual foi o desdobramento dessa família. (E6)

O acolhimento aqui no CAPS AD acontece diariamente por demanda espontânea ou encaminhados pela rede [...] a gente faz a escuta inicial, havendo a demanda pra CAPS a gente marca uma nova escuta, não havendo uma demanda pra CAPS a gente faz o encaminhamento implicado, liga pra o serviço, pergunta como está o acolhimento. (E3)

Em contrapartida, outros profissionais sinalizam que esse acolhimento não está instituído como prática cotidiana por conta da lotação do serviço e insuficiência de profissionais de saúde, em alguns casos, não se consegue abrir matrícula para novos casos, devido à sobrecarga dos profissionais:

Atualmente a gente acolhe em alguns dias específicos, não tem como acolher fazer aquela triagem, aquela escuta mais qualificada, todos os dias e todos os turnos. (E12)

O número de casos graves é enorme, que tem uma causa multifatorial [...] tudo muito envolvido e às vezes o cuidado que a gente oferece, hoje, não dá conta. (E5)

Nós não fazemos acolhimento diariamente e tem dias de acolhimento, nesses dias o usuário que chega ele vai ser acolhido com sua demanda, a depender do profissional vê que não é perfil de atendimento aqui pra unidade ele imediatamente já faz uma ficha de referência e encaminha esse usuário pra um local que ele acha que esse usuário será beneficiado. (E10)

Temos dias para o acolhimento, não acolhemos todo o tempo, justamente por conta da equipe, que não é grande, é um serviço que está inchado, no sentido da quantidade de usuários por técnicos [...] estamos há um ano e meio sem psiquiátrica...a gente está restringindo bastante a entrada de casos que a gente consideraria um pouco mais leves [...] priorizando só a entrada de casos mais graves, mesmo sabendo que aquele caso leve provavelmente não vai achar lugar na rede pra ser atendido e provavelmente pode ficar grave e voltar e aí terá que absorver de qualquer forma. (E9)

É no momento do acolhimento que se diferencia os casos que poderiam ser atendidos no âmbito da atenção básica e aqueles mais graves e em crise, para devidos manejos. Em alguns momentos a decisão sobre o que fazer é discutida durante as reuniões de equipe, os casos graves e algumas situações de crises são atendidos e acompanhados pela própria unidade, caso não seja possível é acionado outros pontos da rede como o SAMU, o PA, os hospitais psiquiátricos, entre outros.

Aqui no CAPS [...] a gente faz essa diferenciação de casos mais leves, pesados durante o acolhimento mesmo [...] que vai depender do profissional que esteja avaliando da necessidade que ele veja disso. Aí posterior ao acolhimento a gente faz a discussão de casos durante a reunião técnica, e em equipe a gente ver o encaminhamento a ser dado. (E11)

A gente entende que a crise deve ser acolhida dentro do CAPS, então a depender do caso a gente acolhe [...] aqueles casos que a gente observa que precisa de um suporte

maior, de uma observação a nossa prioridade de acesso é o PA psiquiátrico [...] na grande maioria dos casos a gente traz pra reunião técnica a discussão do caso clínico daquele usuário, em alguns momentos a gente vê uma necessidade de fazer uma segunda escuta, uma terceira escuta com outro profissional junto ao profissional que fez o acolhimento naquele dia [...] (E10)

Existem algumas situações onde a gente precisa dar um encaminhamento nesse pós crise, às vezes, a gente consegue amarrar a situação e não precisa acionar outro serviço, algumas situações a gente precisa acionar [...] dá preferência ao PA psiquiátrico, mas em algumas situações aciona a SAMU e já não sabe onde o usuário vai, também os hospitais psiquiátricos. (E5)

Nos dias que tem médico a gente tem agendamento que fica em aberto pra assistir casos de pacientes em crise, geralmente a crise não é pontual e sim processual, então a gente já nota e já discute o caso pra está observando e a equipe toda manejando o caso desse paciente instável. Quando a gente percebe que [...] o paciente chegou bastante desorganizado aí a gente faz um manejo conjunto, se não resolvido o caso aqui [...] a gente faz articulação com o PA que inclusive é bem próximo da gente aqui. (E6)

O atendimento das crises em saúde mental ainda é visto e tratado de forma diferente pelos profissionais dos CAPS, o que se agrava com a alta rotatividade deles.

A gente já passou por vários momentos de discussão porque entre e sai equipe, entra médico, sai médico, entra gestão e sai gestão então isso é um processo é muito desgastante [...] o mesmo paciente chega em crise e a depender de quem esteja na casa é feito um acolhimento ou não...alguns entendem a crise para unidade de emergência sendo que a crise tem que ser tratada no CAPS, isso pra mim é muito claro, então a gente trabalha muito em relação a isso [...] a crise não é só uma crise de agitação psicomotora [...] todos os tipos de crise precisa estar atento a isso [...] e escutar o paciente, acolher e a família também, que de certa forma se desorganiza (E14)

Nos atendimentos de casos que não são graves ou persistentes os CAPS realizam articulação com a atenção básica, ambulatorios e até possui parceria com faculdades para realização desse tipo de encaminhamento. Inclusive alguns CAPS contam com profissionais de referência para dar suporte a outras unidades da rede para realizar as devidas orientações:

Poucos casos leves a gente encaminha pra unidade básica e os demais a gente encaminha pra o ambulatório [...] quando é necessário atendimento psicoterápico, que é outro calo da rede, a gente acaba também recorrendo aos serviços de faculdade, aos ambulatórios de faculdade. (E10)

Os mais leves quando a gente percebe que tem uma demanda pra psicoterapia a gente encaminha pra universidades, pra instituições que fazem atendimento social (E9)

A gente tem parceria com as Unidades Básicas do próprio território/distrito, a gente acaba encaminhando, a gente não encontra dificuldade não, não temos ficha de referência, mas a gente faz o encaminhamento, a gente liga, ver se consegue se deu certo ou não deu, faz esse acompanhamento sim. (E7)

Se tratando de casos mais leves a gente faz o encaminhamento tanto para a unidade básica de saúde que a gente tenha uma parceria ou então pra o ambulatório, também é feito com o preenchimento da referência e contrarreferência. (E11)

tem profissionais de referência para unidade de saúde da família, a maioria dos pacientes tem sido de encaminhamento e tem as demandas espontâneas também...a gente já percebe se é caso leve a gente faz o manejo e se for caso mais grave ele é admitido com matrícula no serviço. (E6)

O CAPS vem tentando se conectar com a AB, há um técnico do CAPS que é referência para cada Unidade Básica. Nesse sentido consegue encaminhar alguns pacientes mais leves, consegue orientar, mas há muita dificuldade, pois no nosso CAPS há uma grande concentração de casos graves, que foram mapeados e classificados. (E5)

Apesar dessa articulação com a atenção básica, nem todos as unidades dão o retorno dos casos encaminhados para que haja um cuidado compartilhado em rede:

Em relação a acompanhamento de casos leves, a gente tem procurado fazer os encaminhamentos pra rede básica e saúde da família, a gente sempre quer usar as fichas de referência e contrarreferência apesar de que temos uma dificuldade ainda de receber retornos, quando mandamos uma a gente não recebe a contrarreferência, e sempre que a gente recebe uma a gente faz questão de fazer aquela contrarreferência pra poder ver se estimula, mas ainda é uma dificuldade. (E12)

No que tange ao apoio matricial, têm CAPS que realizam essa atividade muito bem e consegue fazer um bom trabalho com atenção básica. Por outro lado, às vezes, em um mesmo distrito centros que têm muita dificuldade de implantar o matriciamento por conta da cobertura de uma área da atenção básica que é mais fragilizada do que outras. É notável que alguns profissionais ainda não compreendem o uso potencial dessa tecnologia para garantir qualificação nos acompanhamentos longitudinais:

A gente faz matriciamento/tenta, porém, as unidades básicas de saúde não entendem que o paciente de saúde mental é um sujeito que tem que ser visto na sua integralidade, então qualquer coisa chamam o CAPS e acaba não dando conta de um paciente em transtorno, por acreditar que ele só pertence ao serviço de saúde mental [...] a gente tenta ajustar essas coisas, mas a gente encontra essas dificuldades quando eles estão diante de um paciente com transtorno mental com outra demanda clínica/odontológica. (E7)

Nessa pandemia a gente conseguiu implantar um pouco de teleatendimento, o que fez com que a gente conseguisse acompanhar mais gente, só que a gente ia tentando equilibrar isso presencial e teleatendimento [...] o matriciamento não é geral nos CAPS não. (E5)

Os profissionais entendem e praticam experiências de matriciamento do CAPS para atenção básica e para o ambulatório, apresentam o quanto essa ferramenta trouxe resultados positivos em relação ao manejo dos casos de saúde mental na atenção básica, bem como no esclarecimento de dúvidas destes profissionais por meio de grupos de trabalho (GTs), fóruns e outros espaços de formação nos territórios.

Depois que a gente começou o matriciamento a escuta da atenção básica melhorou muito, em relação a saúde mental [...] muitas vezes quando a gente parou de fazer matriciamento eles não tinham tantas dúvidas assim, porque a gente já vinha trabalhando, então eles pegavam as coisas muito fácil e já traziam pra gente discutir, isso foi um ganho muito grande. O olhar do usuário de saúde mental foi modificado em todas as outras unidades, o olhar da comunidade pra o usuário modificou também porque a gente fez um trabalho no território [...] são ganhos que a gente não tem como mensurar [...], mas precisou parar. (E14)

Desde a implantação da RAPS foi formado um grupo de trabalho, então o coordenador [...] tentou que tivesse representantes de todos os serviços da rede nesse grupo [...] isso facilitou muito a nossa experiência da rede [...] a gente nesse grupo se articula,

discute alguns casos, mais que isso a gente faz alguns trabalhos de matriciamento e também fizemos os fóruns e isso fez toda diferença, a gente já fez 03 fóruns onde toda a rede foi chamada pra participar e o fórum traz a temática de saúde mental pra todos os trabalhadores da rede e isso foi maravilhoso...esse fórum produziu saber e uma sensibilização dos trabalhadores em relação aos usuários de saúde mental, hoje você liga pra Atenção Básica e já consegue fazer uma articulação de rede mais produtiva que antes, foi um trabalho assertivo. (E8)

A gente tinha uma preocupação muito grande de perceber o CAPS funcionando como ambulatório, se não fosse pela questão do matriciamento isso seria um caso bem dificultoso pra gente, no sentido da atenção mesmo, do acompanhamento do cuidado. (E6)

Como o ambulatório está muito inchado e o quantitativo de profissionais é muito reduzido, a gente tem feito através do matriciamento, a gente iniciou essa parceria então a gente tem dado os primeiros atendimentos ao usuário aqui na unidade pra ele não ficar desassistido, mas com a condição de que ele tem que migrar para o ambulatório para atendimento, a partir do momento que ele começa a ser atendido no ambulatório a gente faz o desligamento aqui dentro da nossa unidade. (E10)

Considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) enquanto ferramenta de trabalho para o matriciamento com equipe multiprofissional, usuários e famílias; alguns profissionais dos CAPS reconhecem a importância dessa construção. Para alguns casos existe a construção de PTS de maneira compartilhada, todavia outros profissionais não possuem a compreensão dessa ferramenta de trabalho.

Tem distrito [...] que consegue construir um PTS em conjunto de efetivar o PTS em conjunto, o cuidado compartilhado. (E13)

Já tivemos vários formulários de Plano Terapêutico Singular algumas pessoas [...] não tem uma visão ampliada do que realmente é Plano Terapêutico Singular. A gente tem muita dificuldade principalmente com as pessoas [profissionais] que chegam que não tem uma vivência na saúde mental e aí desconhece esse termo e a gente vem debatendo vem discutindo e esse PTS precisa ser construindo junto com o usuário e com a família [...] o PTS é para discutir sobre como ajudar o paciente e o porquê ele veio, ouvindo a família também, não adianta eu planejar as ações do usuário se ele não me diz o que quer. (E14)

Os Centros de Saúde Mental (CSM), enquanto parte do componente da atenção especializada de Salvador, funcionam como ponto de atenção colaborativo à rede de atenção à saúde, fortalecendo a retaguarda assistencial especializada ao componente da Atenção Básica (SALVADOR, 2017). Segundo os entrevistados, o funcionamento entre os CSM é diferente. Uns com qualificação do processo de trabalho menos avançado que outros, até resistência interna da equipe. Há uma busca pelo acolhimento e atendimento dos usuários com muitas dificuldades, devido a demanda acumulada e, o problema de receber casos de usuários que deveriam estar sendo acompanhados em outros níveis de atenção.

A gente está com muita dificuldade, está precarizado em termos de Recursos Humanos muitos profissionais estão saindo e a gente tem essa dificuldade grande lá em relação a recursos humanos, em relação também a própria abertura da equipe as iniciativas da área técnica...É muito difícil funcionamento por causa dessa sobrecarga (E13)

As pessoas estavam indo pela madrugada pra fazer parte desse acolhimento, algo desumano [...] resolvemos fazer junto com a coordenação de saúde mental, uma outra forma, infelizmente a gente começou a fazer uma lista de espera. Infelizmente porque o ideal era que todos fossem atendidos à medida que chegasse lá, mas isso não foi possível [...] quase 100 pessoas na espera [...] o usuário estabilizado poderia ser acompanhado pelo próprio médico da unidade básica e este profissional poderia manter o contato com o psiquiatra do CMS para que pudesse acompanhar esse atendimento, mas isso não acontece, não vejo nem condições de acontecer isso. (E8)

Os ambulatórios estão mega inchados. Esse usuário que quer pensar sobre o uso, mas ainda não está no uso muito grave numa situação com comorbidades e outras questões ele não tem espaço pra isso, o espaço acaba sendo o CAPS AD e aí a absorção desses usuários lá no serviço ocorre de acordo com o momento que a gente está vivendo. (E9)

Acredito que a demanda de ambulatório de saúde mental, se você fizer uma análise do perfil de demanda tem muita gente que não era pra estar ali. Se a gente fizesse um estudo de demanda dos serviços especializados a gente veria que está inflando o CAPS e não precisa, mas para esses casos retornarem [para USF] a equipe precisa de retaguarda. (E15)

Os CSM chegam a ser espaços onde usuários passam a frequentar por longos períodos devido à falta de acesso necessário as várias necessidades de saúde do sujeito dentro das redes de atenção à saúde.

A gente acredita que o modelo de assistência falido na medida em que o usuário entra e não sai, você é ambulatorizado, você medica e ele ficar ali para sempre e eles não conseguem matricular, o Centro de Saúde Mental não consegue mandar de volta para o território cada um é responsável por 4 territórios então é gigante mesmo é difícil mesmo. Então usuário entra fica ali medicado por muito tempo, a vida toda, é um serviço caro que não é efetivo (E13)

Quando se trata da dificuldade dos encaminhamentos, da mesma forma, há casos em que os profissionais dos CAPS buscam dar alta para os usuários, quando se percebe que o sujeito já está funcional, direcionando o mesmo para ser acompanhado em unidades de menor complexidade da RAPS como para as unidades da atenção básica, todavia, há o receio de não ser acolhido em outros serviços de saúde. Salienta-se que o usuário de saúde mental, também possui outras demandas de saúde que precisam ser resolvidas. Assim, para o usuário não ficar desassistido o mantém ali por essa falha estrutural da rede e o usuário passa a ser atendido apenas pelo CAPS.

Pra eles é muito difícil, eles tomam a saída do serviço/encaminhamento do CAPS como um castigo e a gente desde o momento da matrícula tenta trabalhar isso que o CAPS é uma coisa provisória e que nosso maior objetivo é que ele consiga sair daqui pra tocar sua vida no ambulatório, indo algumas vezes ser visto pelo médico, mas eles se apegam de um jeito, criam um vínculo muito forte. (E7)

Uma dificuldade que o CAPS tem é de dar alta ao usuário, o usuário fica eternamente no CAPS, você enclausura o paciente no CAPS, não adianta fechar os hospitais psiquiátricos e os CAPS virarem esses hospitais. (E14)

Os achados revelam que os CAPS, de maneira geral, têm realizado seu papel de atender os casos graves e persistentes e de encaminhar os leves para atenção básica. No entanto nem

sempre é possível realizar o acolhimento conforme recomendado em todos os momentos, tendo em vista que há insuficiência de profissionais. Tal fato pode estar ligado a problemas estruturais da RAPS, tanto em relação a baixa contratação de recursos humanos quanto a falta de fluxos definidos para orientar os processos de trabalho, e coordenar o encaminhamento dos usuários dentro da rede.

A fragilização dos CAPS com falta de algumas categorias profissionais na equipe, mesmo que temporariamente, como psiquiatras; problemas de estrutura física repercute em todos os serviços da rede e na própria constituição da RAPS enquanto espaço de “circulação” do cuidado.

As práticas de matriciamento tem apresentado resultados relevantes, principalmente para os profissionais da atenção básica que conseguem estabelecer essa relação com os CAPS e promover esses diálogos. Apesar disso, os PTS ainda são pouco mencionados como parte do processo de trabalho, provavelmente por ausência de formação sobre o uso dessa ferramenta.

5.3.3 Componentes Atenção de Urgência e Emergência e Hospitalar

De início, cabe explicitar que o componente da atenção de urgência e emergência e o componente hospitalar se relacionam. O primeiro, da atenção de urgência e emergência exerce a função de oferecer acolhimento e atenção nesse nível a pessoas com sofrimento ou transtorno mental. O segundo, da atenção hospitalar, inclui leitos em enfermaria especializada de hospital geral, acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência, em regime integral. Também há o hospital psiquiátrico que consta da portaria da RAPS para ser acionado, enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente.

Para casos de encaminhamentos de urgência e emergência, o Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP) em Salvador tem sido bastante demandado. No entanto, em alguns territórios, os usuários são encaminhados para o hospital psiquiátrico diretamente, por ser mais próximo. Diante do déficit estrutural de alguns CAPS, que estão sobrecarregados e não conseguem dar conta de toda demanda que chega na unidade, os pontos de atenção da urgência e da atenção hospitalar são acionados com maior frequência:

[...] o PA é aquele lugar que a gente tem mais facilidade pra diálogo do que com hospitais psiquiátricos e tem uma proposta mais dentro da RAPS, que a gente quer que se torne realidade (E12)

Em relação a casos graves a gente dá preferência pra o PA psiquiátrico, a gente avalia que tem um cuidado maior dessas pessoas em crise, porém nós somos vizinhos ao

Hospital Mario Leal, então muitas vezes o próprio familiar/ usuário optam por ir na emergência do Mario Leal por estar dentro do território, por estar mais próximo, a questão do transporte, isso tudo é levado em questão por eles. (E11)

Nós não temos muitas dificuldades de encaminhar pra o PA psiquiátrico, às vezes sinto uma dificuldade deles acolherem pelo número reduzido de leitos que eles têm. (E11)

Uma das grandes dificuldades que posso tirar dessa questão dos encaminhamentos é essa rede de urgência e emergência [...] a gente não quer muitas vezes encaminhar pra o hospital psiquiátrico e o PA não dão conta por ser muito pequeno diante dessa demanda da cidade inteira (E12)

Quando existe um caso mais severo, encaminha/orienta ou pra o PA ou pra o Aristides Novis ou pra o Juliano Moreira, quando a médica faz algum atendimento e vê que há uma necessidade de acompanhamento ela faz o encaminhamento. Mas por saber que esse acompanhamento pode não tem um atendimento por saber que o CAPS está sobrecarregado e não está pegando pacientes novos, no caso da crise a gente já orienta ir pra o PA. (E21)

Os depoimentos revelaram que, na prática, os hospitais gerais do município ainda não possuem leito de saúde mental e que há previsão para implantação de 10 leitos no Hospital Municipal de Cajazeiras, mas ainda existem questões de contrato a serem resolvidas. Isso faz com que a utilização dos hospitais psiquiátricos ainda sejam uma alternativa para o suporte neste componente.

Não temos uma realidade de leitos em hospitais gerais que atenda a necessidade, então a gente tem que estar encaminhando também para serviços ambulatoriais de universidades quando a gente não consegue dar conta de encaminhar esse caso somente para o PA psiquiátrico (E12)

A gente ainda precisa contar com o Juliano e o Mário Leal Não é o que a gente gostaria, mas é uma realidade em termos de emergência (E13)

[...] não adianta uma rede de emergência fluindo mais você não tem leito de saúde mental [...] a gente continua com leitos de Salvador que estão sendo implantados mas ainda não são leitos de saúde mental habilitados [...] quando paciente entra numa crise que a gente não consegue manejar no serviço/ território e a gente precisa acessar o internamento, se ele tiver alguma comorbidade psiquiátrica é mais fácil, a gente consegue fazer um internamento ou no Juliano Moreira ou no Mário leal, mas se essa pessoa não tiver uma comorbidade se não tiver uma questão clínica grave, ela precisa de um processo de desintoxicação por estar em uso extremamente nocivo e precisa de um momento de desintoxicação não há praticamente leito em Salvador (E9)

A estrutura da rede é considerada insuficiente no que diz respeito a serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, conforme preconizado na reforma psiquiátrica. Um dos desafios é a falta de CAPS tipo AD, tipo III e infantil; foi ressaltado a necessidade de Salvador, como uma capital volumosa, ter dispositivos que são da tipologia III mais do que II para atender as necessidades da população:

A RAPS é uma potência muito grande, no entanto há número insuficiente de serviços, há apenas 3 CAPS AD [...] que cobrem territórios enormes (E3)

Gostaria muito de poder contar com a questão do CAPS III, ele tem feito falta. (E11)

Tem poucos CAPS III [...] por vezes os serviços têm que recorrer aos hospitais psiquiátricos pela falta de serviços outros que deveriam estar suprindo essa questão [...] Ausência do CAPS III e a problemática da incorporação das comunidades terapêuticas na RAPS, precisa discutir [...] é dinheiro público sendo investido em serviços que já foram denunciados por praticar ações análogas a trabalho escravo, tortura, então acho que é um pouco problemático isso assim. (E3)

Um dos principais nós é quando se trata de um paciente da faixa etária criança - adolescente e dos pacientes AD (álcool e drogas), pois em Salvador só tem 2 CAPS infantil [...] (E4)

[...] dificuldade, são muitas [...] uma das questões é a ausência dos CAPS III, pois a gente podia fazer um cuidado bem mais integral, bem mais conectado, não precisaria num momento de crise a pessoa ser deslocada pra outro tipo de serviço, seria um ganho muito grande pra gente. Outra dificuldade [...] são os casos moderados, acho que a quantidade de ambulatório que a gente tem não dá conta, são pouquíssimos ambulatórios pra dar conta de uma demanda gigante né? (E5)

Algumas unidades do componente da atenção básica e especializada sentem maior dificuldades para realizar o encaminhamento de casos de urgência/emergência de maior complexidade, devido à sobrecarga dos serviços e dessa ausência de leitos em hospitais gerais. O SAMU tem funcionado na regulação dos usuários dentro da RAPS.

Apesar de toda dificuldade é um convencimento de conseguir que uma ambulância do SAMU venha pra cá, é sempre muito chato, não tem uma equipe que se identifique com a demanda, mas eles acabam levando pra os hospitais e a gente trabalhando o pós alta pra evitar novas crises (E7)

Já existem 02 UPAs em Salvador que contam com profissional psiquiatra, uma iniciativa que surgiu recentemente. A gestão da SMS de Salvador está tentando desenhar um fluxo do paciente psiquiátrico numa UPA geral. No entanto alguns profissionais do núcleo técnico-operacional consideram o preparo e saúde mental destes profissionais ainda insuficiente:

Ano passado foi inaugurada uma UPA aqui no nosso distrito e nessa UPA tem 2 leitos de psiquiatria então é uma via de acesso que a gente tem em alguns momentos de atenção à crise. (E10)

Na UPA [...] agora tem psiquiatra, a gente fez um encontro lá, mas os colegas não sabiam nem o que era saúde mental. Fazer pontos de apoio da RAPS precisaria de sensibilização com as pessoas que estão lá. A SMS parece que nem sabia que tinha psiquiátrica na UPA de Valéria, então acho que ainda tem muito a avançar pra essa rede dá certo. (E7).

O que a gente percebeu com a recente leitura dos residentes, que há ainda muita polissemia de compreensão do que se trata de acolhimento [...] descobrimos que teremos que fazer um glossário de realinhamento técnico-conceitual. (E1)

Destaca-se que não houve menções de enfermarias especializadas em nenhum hospital, nem de serviço hospitalar de referência, o que revela uma lacuna dentro desse componente, que pode estar relacionado a não priorização da RAPS em sua totalidade e a predominância do modelo hegemônico apenas com hospitais psiquiátricos. Adicionalmente, a estrutura

operacional de urgência e emergência carece de maior investimento de formação para os profissionais de saúde para realização dos atendimentos, encaminhamentos e orientações adequadas para os usuários de saúde mental que precisem deste tipo de cuidado.

Não houve menções de algum tipo de articulação entre estes componentes e os CAPS para elaboração de Projeto Terapêutico Individual, reforçando a fragmentação da RAPS e individualidade no funcionamento dos pontos de atenção dentro da rede.

5.3.4 Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

A Unidade de Acolhimento tem a função de oferecer cuidados contínuos de saúde de em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. De acordo com as entrevistas realizadas, existe pouco conhecimento sobre a unidade de acolhimento Infante Juvenil que existe em Salvador e não houve referência acerca do funcionamento e a articulação entre o CAPS e estes pontos de atenção.

Há um projeto em andamento chamado Girassóis de Rua cujo objetivo é prestar cuidado psicossocial para a população em situação de rua e/ou usuários de substâncias psicoativas onde está previsto a implantação de Unidade de Acolhimento Adulta e um novo ponto de atenção, que não é previsto na portaria da RAPS, denominado Ponto de Cidadania:

Acho que vai ser um novo formato da RAPS de Salvador que vão entrar esses dois equipamentos: o ponto de cidadania e a unidade de acolhimento, a unidade de acolhimento pertencerá a unidade de atenção psicossocial, o ponto de cidadania vai ficar híbrido, então, talvez até aproxime mais o diálogo, essa é a situação atual. Serão equipamentos inovadores aqui em Salvador para secretaria municipal de Saúde [...] Será implementada através de uma OS. É um dos primeiros formatos de gestão assim, pois dentro da UBS a gente já tem a gestão própria e terceirizada, então estamos aprendendo a fazer. (E2)

De acordo com o projeto Girassóis o ponto de cidadania se constitui como mais um local de acolhimento aos usuários que se encontram em situação de rua:

[...] espaços propostos para o acolhimento de pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, disponibilizando um espaço para banho [...] bem como um espaço de acolhimento e escuta, visando estabelecer com esta clientela uma interlocução, através de intervenções que favoreçam a promoção da saúde, o autocuidado e a cidadania, com vistas à inclusão social [...] é um dispositivo que tem um caráter inovador ao propor desenvolver coletivamente/comunitariamente possibilidades de construção de vínculo, acesso às políticas públicas e cuidado a uma população tão marginalizada e vulnerável socialmente.(SALVADOR, 2021, p 1-2)

No que se refere as comunidades terapêuticas, há uma disputa em torno destes serviços, considerando um distanciamento do que foi proposto para o cuidado em saúde mental. Inspeções apontam para violações de direitos humanos, ferindo os princípios do SUS. Assim há uma defesa no sentido que esses tipos de serviços não compõem a RAPS. Foi informado pelos depoentes que as comunidades terapêuticas não entram no investimento de implantação da SMS.

Óbvio que a gente sabe que existem encaminhamentos para comunidade terapêutica e outros equipamentos similares, mas a gente não tem uma gerência gestora sobre isso na rede. Então são pontos de atenção existentes em Salvador e região metropolitana em geral, mas que não estão na ordem do nosso acompanhamento [...] não seguimos necessariamente a nota técnica do ministério de 2019 não, a gente trabalha com a lógica da reforma psiquiátrica ainda de 2001 (E1)

Algumas comunidades foram abertas, mas a gestão não tá sendo pela saúde, houve uma conversa alguns anos atrás e esse serviço está sendo gerido pelo lado de lá. (E18)

Os resultados apresentados nesta seção apontam para uma política de saúde mental municipal que não está estruturada conforme a portaria 3.088 tendo em vista que estes pontos de atenção não parecem pertencer a RAPS. Não houve sinalização por parte dos profissionais dos CAPS de realização de PTS em parceria com a unidade de acolhimento infantil, provavelmente por ter só uma unidade vinculada a algum CAPS específico. O entendimento é de que não há oficialmente comunidades terapêuticas em Salvador, conforme normativas que regulamentam a RAPS.

5.3.5 Componente Estratégia de Desinstitucionalização

Quanto as estratégias de desinstitucionalização, os Serviços Residenciais Terapêuticos de Salvador, enquanto moradias inseridas na comunidade para acolher egressos de internação de longa permanência, recebem usuários que demandam desse tipo de serviço e que são encaminhados pelo CAPS de referência daquela residência. Em Salvador, os casos são discutidos primeiramente na equipe de saúde, que avalia a necessidade ou não desse encaminhamento.

Cada uma dessas SRT tem a vinculação com seu CAPS de referência, a gente tem uma equipe de cuidadores e higienizadores e uma referência técnica que tá no CAPS que faz a discussão e a gestão do acompanhamento, diretamente leva pra equipe as demandas específicas (E18).

Os moradores moram lá, mas a equipe do CAPS faz o cuidado desses moradores...tem um técnico de referência para cada usuário. Isso é uma coisa positiva que eu acho, está bem articulado (E13)

Em Salvador, essas residências terapêuticas estão lotadas e são consideradas também insuficientes para suprir as necessidades dos usuários de saúde mental residentes de longas internações hospitalares. Inclusive, é uma temática discutida na comissão de desinstitucionalização do Estado.

No Mario Leal a gente não tem morador no hospital, só no Juliano que são muitos...a gente precisa de construção de residência terapêutica para acolher nossos usuários as pessoas que estão morando lá, a gente tem previsão de implantar 05 residências terapêuticas, fazendo isso a gente dá conta dessas pessoas, a gente tem uma preocupação especial, porque são pessoas idosas que estão morrendo nos hospitais. A gente vê isso através da política de desinstitucionalização, mas nosso problema atual é não ter vaga, nossas 07 residências estão todas lotadas e a gente precisa abrir para poder trazer eles para nossas residências. (E13)

O Programa de Volta para Casa, cuja contribuição é o fortalecimento do processo de desinstitucionalização por meio de auxílio reabilitação, deve ser incluído quando o usuário ingressa no Serviço Residencial Terapêutico. Embora esses serviços façam parte da desinstitucionalização do modelo tradicional de saúde mental vinculado aos hospitais psiquiátricos, ainda há insuficiência de residências terapêuticas, sendo necessário a construção de mais unidades para acolher, principalmente, os moradores que ainda estão nesses hospitais:

A SRT é a concretude do programa de volta pra casa. Existe um plano de desinstitucionalização que é vinculado a SESAB junto com as secretarias e prefeituras municipais de todos os espaços que existem egressos de manicômios ou de instituições totais outras e nesse sentido esse plano que faz a gestão das vagas que precisam ser abertas como também das pessoas que ainda são moradoras dessas instituições totais, então o Programa de Volta pra Casa vai fazendo essa leitura e gradativamente o fechamento das pessoas que tão nesse estado de moradia. Dentro do nosso escopo do município temos as pessoas que já são residentes das SRT e todas elas com seu benefício que faz parte do programa e a previsão de novos provavelmente ainda vão chegar. Depois de identificado a situação, ao passo que ele vai saindo da instituição, esse acesso ao Benefício faz parte da estruturação da vida da pessoa fora do espaço institucional (E18)

A gente tem previsão de implantar 05 residências terapêuticas, fazendo isso a gente dá conta dessas pessoas, a gente tem uma preocupação especial, porque são pessoas idosas que estão morrendo nos hospitais. A gente vê isso através da política de desinstitucionalização, mas nosso problema atual é não ter vaga, nossas 07 residências estão todas lotadas e a gente precisa abrir para poder trazer eles para nossas residências (E13)

O estudo apresentou lacunas de mais informações sobre estas residências, tanto no âmbito da gestão quanto entre os profissionais que atuam nas unidades prestadores de serviço de saúde. Provavelmente, por estarem mais concentradas em certos territórios que trabalham de maneira mais individual, sem uma maior integração com a rede.

5.3.6 Componente Reabilitação Psicossocial

No que se refere a reabilitação psicossocial, trata-se do componente que tem o objetivo de gerar trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais para as pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Correspondem a ações intersetoriais, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho dessas pessoas. Observa-se que muitos usuários procuram os CAPS em busca dessas ações com o intuito de serem inseridos no mundo do trabalho e terem suas rotinas de vida retomadas.

A médica fala que muito das frustrações das pessoas que ela acompanha é que eles não conseguem trabalhar, não necessariamente um trabalho formal, mas ascender e conseguir se organizar financeiramente dentro da realidade deles, então ela fala muito disso. Ouço muito que as pessoas em situação de rua querem ir pra o CAPS, mas o CAPS não tem matrícula, mas quando a gente conversa às vezes são questões outras (E2)

Essas atividades de geração de renda estão por conta da Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPRE) por meio de iniciativas onde os usuários podem realizar atividades básicas como tomar banho, almoçar, fazer algumas oficinas e terapias. Essa secretaria conta com o centro POP cujo objetivo é ofertar um atendimento especializado à população de rua, enquanto um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito, com vistas a autonomia e estímulo à participação social.

Não há nenhuma ação direta em vigência da coordenação de saúde mental para promover esse componente, o que é uma lacuna na rede, apenas foram mencionadas as ações realizadas pelos centros POP.

A gente tem através da SEMPRE os centros POP é um centro dia, nós não chamamos de convivência, mas lá tem alguns profissionais que atuam nessa lógica da orientação. Aí tem o psicólogo [...] eu acho que tinha que melhorar bastante. Mas tem os centros POP que chegaria perto do que você traz pra gente [...] funciona em horário administrativo. (E2).

Nós não temos, suponho, nenhuma demanda de implantação atual em vista, do componente de reabilitação psicossocial, que é super importante, por conta da lógica de um sistema que a pessoa é medida pela sua capacidade produtiva [...] são pontos relevantes pra gente pensar no cuidado na atenção psicossocial [...] infelizmente é uma lacuna de investimento enquanto componente da RAPS. (E1)

Outra iniciativa que existe de geração de renda vinculada a Universidade Federal da Bahia é o Projeto Gerar – Economia Solidária em Saúde Mental, que atua na inclusão social e promoção da saúde de pessoas com sofrimento psíquico através de empreendimentos solidários:

A gente conta hoje com o que tem no Instituto Gerar [...] talvez existam outros fora da nossa visão, que não estão mapeados, aí é uma dificuldade, talvez nossa, de

compreensão do que que existe na rede mesmo oficial do ponto de vista de componentes e pontos de atenção e outros que fazem parte dos territórios. (E1)

[...] existe uma iniciativa específica que é a Gerar que atua nesse processo de reabilitação via trabalho é um projeto que tem uma ancoragem também na UFBA, que vem sendo desenrolado já há algum tempo por eles, é o único que a gente tem assim no sentido de formalizado né? Pequenas movimentações vão acontecendo micro fazeres em relação a geração de renda, mas isso está bem institucionalizado, amarrado institucionalmente. (E18)

É possível afirmar que não há articulação para criação de programas no âmbito da secretaria municipal de saúde sobre geração de renda para os usuários de saúde mental e que há pouco conhecimento sobre o que vem sendo realizado em outros setores da própria SMS e em outras instituições.

5.4 ASPECTOS CRÍTICOS NA IMPLANTAÇÃO DA RAPS

A análise da RAPS em Salvador apresentou constrangimentos decorrentes de fatores contextuais. A gestão municipal de saúde é o espaço onde acontece o jogo social e há recursos de poder político e econômico, capacidades organizacionais e comunicacionais bem como os conhecimentos se desdobram sobre a produção social dessa gestão, que por sua vez, afetam a implantação da Rede de Atenção Psicossocial.

A distribuição e concentração do poder político na Secretaria Municipal de Saúde é expresso através das ações e projetos realizados. Assim, ao apreciar ações registradas nos planos municipais de saúde, relatórios anuais de gestão (RAG) e falas de informantes é possível perceber que apesar de serem conhecidos problemas do estado de saúde mental e dos serviços de saúde, houve pouca incorporação dessa situação de saúde enquanto uma política de governo no município. O tema da saúde mental apenas consta nos projetos de governo como qualquer outro tema sem muita relevância.

A não priorização da política de saúde mental como uma questão de governo associado ao distanciamento da gestão com os profissionais da ponta é relatada como um dificultador para a implantação da RAPS:

Em relação a dificuldade, a secretaria aparelhar melhor os CAPS e fazer acontecer a RAPS como está na sua proposta, outra questão é sensibilizar e preparar os profissionais nas unidades [...] a sugestão é que a melhoria da RAPS do município fosse algo de governo. (E21)

[...] como a política de Saúde Mental é implementada no cotidiano aí eu acho que isso depende de uma gestão mais próxima, e aí assim nós temos esses desafios porque não temos, aí depende do interesse, da disponibilidade pessoal isso sem nenhum julgamento porque acho que várias questões interferem nisso na disponibilidade e no interesse, mas a gente fica a mercês dos interesses pessoais e da disponibilidade pessoal e no serviço eu acho que não é só isso a gente precisa ter diretrizes mais claras. (E20)

A priorização de uma política, em geral, obedece à diversas questões, dentre elas a questões econômicas. Os resultados apontam para problemas de cunho econômico, já que, segundo os entrevistados o investimento em saúde é pautado no plano municipal de saúde e no plano de gestão do município, articulado com o fundo municipal de saúde da SMS. Ou seja, se há poucas propostas voltadas para saúde mental, logo haverá recursos financeiros insuficientes, levando em consideração a complexidade que é a organização da RAPS.

Os depoimentos mostraram que quando se propõe algum movimento de expansão da RAPS ou alguma modificação que haja necessidade de se pensar financeiramente é realizada articulação com outros setores que trabalham com o manejo orçamentário, tendo em vista que há desconhecimento pelos próprios profissionais da gestão de como os recursos são utilizados na rede. Sabe-se, apenas, que existem orçamentos para implantação de CAPS, pagamento de Recursos Humanos e insumos em geral. Em todas essas situações os profissionais e gestores consideram os recursos insuficiente e os gastos dos serviços são maiores do que o que é faturado.

Eu não sei te dizer como funciona, mas eu sei que tem uso do fundo [...] nós não temos gerência de está mexendo com dinheiro, a gente acompanha contrato, em alguns casos válida para onde direcionado do ponto de vista técnico (E1)

A maior parte do recurso é do município mesmo. Os ambulatórios também recebem, mas faturam muito pouco, o ambulatório fatura em média 10 a 12 mil e gasta 60 mil no mês, é um serviço muito caro para gente, mas a gente tem um aporte de recursos do município sim para a RAPS, mas eu não sei se é fixo, mas existe. (E13)

Nossa gestão não é gestão financeira...a gente não tem esse manejo financeiro no nosso cotidiano da gestão [...] o recurso Federal e Estadual que vem, ele não dá conta do aporte total que cada serviço precisa para poder respirar e viver [...] a contrapartida Municipal existe para que aconteça a manutenção em todos os servidores que são mais ou menos nossa Rede de CAPS, SRT e mais os Centros de Saúde Mental, os ambulatórios, são na faixa de uns 500 profissionais. (E18)

O contexto revela que há um acúmulo de poder nos grupos econômicos que operam esse jogo com opacidade no esclarecimento de como é distribuído o financiamento para a saúde mental, ao ponto de metas relativas à implementação da RAPS, registradas nos RAGs, não serem alcançadas devido às restrições orçamentárias, a exemplo da requalificação, reforma e ampliação de pontos de atenção à saúde. O subfinanciamento da saúde é apontado pelos profissionais como um desafio para o avanço na implantação da rede:

[...] subfinanciamento, conjuntura do país de desmonte de direitos que adoce as pessoas [...] a droga não é o maior problema das pessoas, o problema é o desemprego, é a fome, é a falta de recursos. (E3)

A rede de Salvador precisa ser ampliada, melhorada...acaba dando aquela sensação que não tem investimento né, a gente sente assim, a gente que está na rede sente essa falta de investimento. O que a gente pode fazer e acho que a maioria está fazendo, ir

buscando tecer essa rede através das parcerias que a gente consegue dentro dos nossos territórios. (E4)

[...] acho que a galera já sabe que a gente sabe improvisar e não investe muito na saúde, deixe esses caras lá que eles sabem se virar [...] oh o coronavírus aí, mudou o que no Posto? Nada [...] tá tudo igual, não mudou absolutamente nada, tudo a mesma coisa, só tem agora [...] é e não vai mudar. Eu achava que quando começou essa coisa toda, agora a gente vai ter valor, agora a saúde vai ter valor, cadê o valor? Que nada, isso é muito complexo, pra você ver esse avanço aí, depende de muita coisa. (E19)

Esses entraves fazem com que os profissionais atuem na rede com o que “dá pra fazer”, “apagando incêndios” sem considerar uma análise real da situação de saúde da população de saúde mental do município. Essa situação contribui para o desgaste dos profissionais e se desdobra num intercâmbio de problemas, em que estes profissionais persistindo no desenvolvimento do trabalho com a insuficiência de recursos acabam mascarando uma realidade muitas vezes não percebida pelos tomadores de decisão:

Existem casos que não são de CAPS e que a gente tem que lidar, não são casos que estão matriculados no CAPS, mas que estão na rede e que a atenção básica ou qualquer outra unidade pede o suporte e a gente tenta fazer esse acolhimento com base em encaminhamento pra rede de urgência. (E12)

Nem sempre os encaminhamentos da rede têm uma demanda de CAPS AD, por vezes os profissionais também tem uma perspectiva muito moralizante de demonização da droga né e aí o simples fato do usuário falar que faz uso de álcool já é motivo pra encaminhar pra CAPS AD. (E3)

O desmonte financeiro que a saúde pública vem passando nos últimos anos, atingiu diretamente a atenção básica e os NASFs. Além disso, a pouca priorização política e econômica da RAPS em relação as demais redes impacta negativamente toda sua estrutura operacional, tanto em relação a implantação de pontos de atenção quanto na insuficiente contratação de recursos humanos.

O programa previne Brasil extinguiu o financiamento direto ao NASF. Então o NASF passou a ser financiado a partir do alcance de metas, aquela captação ponderada que é relativa a cadastro, ao alcance de indicadores, tudo isso [...] esse dinheiro que vinha para o NASF agora foi diluído nessa questão de alcance de metas de captação ponderada. Então isso tudo fragilizou um processo de trabalho (E17)

[...] existe pouco investimento na rede de atenção psicossocial, não foi uma prioridade nas gestões que passaram [...] a gente tem uma rede insuficiente de serviços em relação à infraestrutura, recursos humanos, eu acho que essa insuficiência é a principal dificuldade. (E13)

Assim, o cenário é de baixa capacidade instalada com falta de profissionais da assistência da atenção básica como no NASF, que referem que “*o nosso NASF é desfalcado[...]tá todo capenga, todo mutilado*” (E19). Também há insuficiência de trabalhadores na coordenadoria de atenção psicossocial da SMS e dos CAPS, principalmente psiquiatras.

Eu acho que a atenção e a coordenação psicossocial têm poucas pessoas, precisava de mais técnicos para inclusive tentar conduzir com mais fluidez junto conosco da atenção primária e eu acho que isso é um grande desafio (E2)

[...] ficar 01 ano e meio sem psiquiatra é muito grave, ou qualquer profissional, ainda mais um profissional que retém algo que culturalmente ainda é muito forte que é essa coisa do uso de medicamento dentro da saúde mental [...] você não ter psiquiatra por tanto tempo gera uma série de transtornos pra o serviço. (E9)

[...] dificuldade ao quantitativo de profissionais, algumas unidades que não tem nem psiquiátrica já há tanto tempo, um ano e meio dois anos. (E10)

A gente não tem coordenações técnicas em todos os CAPS, isto não tá previsto no cronograma da Secretaria atualmente isso é um desafio que a gente pensa em fazer as negociações pra que isso aconteça, é fator importante pra o eixo da organização institucional da comunidade ter uma coordenação técnica, além disso a gente aponta pra a ideia dos apoiadores institucionais distritais pra que existam em todos os distritos, a gente tem alguns somente (E18)

[...] o serviço [CAPS] tá sobrecarregado muitas vezes não tem profissionais psiquiatras, mas na atenção básica nós estamos sobrecarregados, acho que a gente precisa instituir um fluxo de conversa [...] hoje nossa equipe dar suporte a 03 unidades...atendemos 08 equipes...uma equipe que tá muito reduzida, tá com uma carga horária abaixo da mínima prevista pra NASF 1 pra atender até esse número de equipes (E20)

Também há falta do apoiador institucional, enquanto um dos profissionais que media a ativação da rede nos territórios, tendo em vista que esse profissional não está presente em todos os DS. Isto é considerado um dificultador no funcionamento da rede e no fomento a temática de saúde mental nos territórios associado aos grupos de trabalho locais.

O nosso distrito já teve uma apoiadora institucional [...] talvez faça uns 04 anos [...] nós começamos um GT de Saúde Mental e aí participavam profissionais da Atenção Básica e também do CAPS, tivemos poucos encontros, mas acho que foi um ponto até importante, com a saída [...] isso se perdeu. Eu acho que falta muito, se perde muito, entre os profissionais a ideia da cogestão do SUS entende? (E20)

Percebo que o apoio institucional é um avanço da RAPS, a formação do GTs, o fomento desse trabalho dentro das equipes é um avanço porque atenção primária pensa na saúde mental no sentido do acolhimento, a gente trabalha na integralidade então a gente acolhe todos os ciclos de vida e a saúde mental está nesse bolo (E15)

[...] os GTs são importantes, a gente tem representatividade de cada serviço, não sei se todos estão participando da educação permanente, é um ponto de discussão entre todos os serviços. A gente contava também com apoio distrital em todos os distritos como mediação com as questões do território, dos dispositivos, dos serviços dentro do território com a SMS [...] aqui no distrito já tem um tempo que a gente não tem uma referência de apoio distrital, que acho que é importante também [...] a gente não teve mais... de muitos anos (E6)

[...] até a implantação dos GTs distritais, isso é importante nesse sentido da articulação, a gente não tinha GT implantado, já houve um na Liberdade que não existia mais, agora a gente tem um GT em Brotas, no Cabula, no Centro Histórico, havia um GT em São Caetano Valéria, que está desativado no momento, então esse é um outro espaço de articulação intersetorial (E18)

Essa estrutura deficiente faz com que pontos de atenção não consigam atender as necessidades dos usuários quer seja pela lotação dos serviços quer seja pela falta de recursos humanos. “A matrícula não está aberta, nós só temos um médico super lotado” (E7); “A gente

precisou fechar a matrícula, ficou muito adoecedor acolher e não ter pra onde encaminhar” (E5); “A gente está há quase 2 anos sem psiquiatra na unidade e por conta disso a matrícula está fechada...temos uma fila de espera com 120 pessoas e isso é algo que nos incomoda bastante” (E11).

É por conta deste panorama que existe a dificuldade de encaminhar casos de maior ou menor complexidade para outros pontos de atenção, pois falta retaguarda suficiente pela carência de profissionais ou de mais pontos de atenção.

A relação do CAPS com os pontos da rede não é tão boa, há dificuldade de encaminhar usuário pra outros lugares. (E7)

Nosso CAPS funciona até 17h, a gente faz o acolhimento da crise, inclusive é muito frequente lá no nosso CAPS, só que tem um limite né, 17h a gente fecha, por mais que os trabalhadores, por vontade própria, estendam seus horários de trabalho, o ideal é encaminhar para um CAPS III, mas nem sempre a gente consegue [...] então nós acolhemos usuários em crise, mas infelizmente pela falta de CAPS III a gente não consegue dar conta, às vezes precisa chamar a SAMU. (E3)

Além da insuficiência de recursos humanos e de serviços de saúde mental, ainda foi destacado pelos entrevistados que falta condições adequadas de trabalho, com carência de equipamentos, meios de transporte para realização de visitas e matriciamento, entre outras questões de infraestrutura que são problemáticas na SMS de SSA. Mesmo assim, há um esforço pra fazer as ações continuarem conforme a fala: “nós temos dificuldade de tudo que você imaginar, de material, de tudo, mas a gente consegue fazer a andar (E19)”. Essa situação impacta, inclusive, na própria qualidade de vida do trabalhador:

Percebemos que em alguns CAPS específicos de algumas redes distritais específicas existe uma sobrecarga nas equipes...pouco equipamento pra cobertura da população [...] a gente tem alguns distritos com mais facilidade em relação ao transporte que esse é um fator que é dificultador ou facilitador, a questão dos carros pra poder chegar até lá[...]então quando você fala de acesso me faz pensar sobre equipes que estão um tanto sobrecarregadas em relação a questão da cobertura, isso é importante (E18)

[...] às vezes a gente quer falar com a pessoa e tem que usar nosso aparelho pessoal, quer lugar pra o usuário e também tem que ligar do nosso aparelho. (E14)

Precisamos pensar nesse contexto sobre o quanto o trabalhador precisa ter condições adequadas de trabalho pra continuar satisfeito com seu próprio trabalho, com seu vínculo, com a instituição, pra gente conseguir fazer um bom trabalho por estar satisfeito [...] em termos de estrutura física das unidades, percebo que os CAPS ficam sucateados, enquanto os últimos anos as unidades de saúde da família com reformas, mesmo que não tão adequadas, mas quando a gente olha pra os equipamentos dos CAPS, eles não tiveram a mesma atenção dos governantes. (E4)

Os desdobramentos desse jogo macro organizacional revelam os entraves que limitam a implantação da RAPS em sua eficiência, efetividade e propósito. Associado a isso ainda há

obstáculos nos processos de trabalho para marcações de consultas e distanciamento geográfico que diminuem o acesso dos usuários aos serviços de saúde mental:

Ainda há persistência de práticas tutelares/autoritárias, obstáculos para acesso aos serviços [...] quando a gente restringe o atendimento, só por ligação, por exemplo, é uma forma de impedir que certos sujeitos acessem. (E3)

Em relação ao CAPS AD, a distância é um fator limitador, pouquíssimos casos que conseguiu que o paciente fizesse acompanhamento no CAPS AD por conta da distância, também tem a questão financeira da passagem. A gente se sente de mãos atadas (E4)

[...] fora a questão da distância né que os ambulatórios estão distantes de muitos locais da cidade e as pessoas não tem condições de ir (E5)

A rotatividade dos profissionais também se apresenta como um fator estrutural dificultador, tendo em vista que a cada profissional novo é preciso repetir as informações, recomeçar o trabalho. Pois, segundo os entrevistados, não há processos de educação permanente instituídos.

A gente já teve várias equipes em diferentes momentos, pois a gente começa um trabalho aí quebra o trabalho, depois começa de novo, cada equipe que vinha se formando são equipes diferentes (E14)

Alta rotatividade de médicos psiquiatras nos CAPS, o que fragiliza o cuidado, porque cada um vem com uma linha de terapêutica e isso prejudicava o acompanhamento de casos complexos que às vezes tinham dificuldade de manejar, havia muita mudança de terapia, o paciente não conseguia compensar num tempo oportuno. Na própria rede das USFs também havia uma rotatividade de médicos, existem muitos vínculos que faziam com que muitos médicos, como "Mais médicos", "PROVAB", que faziam com que o médico só ficasse cerca de 1-2 anos nas USFs o que fragilizava bastante esse cuidado e esse vínculo (E4)

Embora haja o registro nos RAGs de inúmeros cursos, simpósios, encontros etc., os profissionais entrevistados pouco mencionaram participação nestes eventos e ainda reforçaram que sentem insuficiência de formações em saúde mental e de maior qualificação no processo de trabalho.

[...] eu como fisioterapeuta nunca recebi nada direcionado a Saúde Mental não, acredito que a psicóloga deva ter alguma informação pra te dar nisso, mas eu não, nunca tive um enfoque na Saúde Mental não (E19)

A gente percebe muitas dificuldades... desconhecimento do que é trabalhar com a saúde mental como lidar com o usuário de saúde mental (E8)

[...] acho que poderia se investir mais saúde mental com presença de profissional de saúde mental dentro das unidades de saúde da família (E4)

Acredito que uma sugestão é a formação dos profissionais poderia ter um investimento muito maior nisso na qualificação do nosso trabalho e da rede. (E11)

As pessoas vão mudando, a vida vai mudando os caras vão mudando, a saúde é viva [...] quando eu entrei no CAPS tinha uma pessoa no serviço com ideação suicida, hoje são inúmeros os casos de ideação suicida, de automutilação, os transtorno de ansiedade mudaram, então tem essa dinâmica e os profissionais precisam se qualificar então educação é um investimento constante, eu acho que esse é outro desafio assim como tornar ou deixar nossos profissionais o tempo inteiro sobre processos formativos (E13)

Esses elementos reforçam o distanciamento, entre a teoria do programa e o operacional dele. Desse modo, o conhecimento acerca da RAPS e do seu funcionamento não tem sido disponibilizado a todos os profissionais o que gera entraves para que de fato a rede avance na sua implantação, inclusive o desgaste e cansaço dos trabalhadores.

a gente tem muito profissional que está cansado que não quer estar mais na rede e isso dificulta nosso trabalho [...] tornar a saúde mental realmente uma prioridade acho que é o nosso crítico também (E13)

É possível associar que bloqueios oriundos do jogo da comunicação fazem com que as ações de formação não cheguem para todos. Isso começa na própria estrutura organizacional da SMS em que os Distritos Sanitários possuem ligação direta com o gabinete do prefeito. Esse desenho faz com que, muitas vezes, os DS não se reportem as áreas técnicas de gestão intermediário e por consequência e não haja consciência das ações realizadas pelo nível central:

O gestor distrital tem uma gerência mais administrativa [...] nós sugerimos, nós recomendamos que investimentos seja feito nesse sentido, que o processo de trabalho seja organizado dessa maneira, mas essa administração local tem uma autonomia que a gente não está nem acima nem abaixo e o gestor do distrito está vinculado diretamente ao gabinete do secretário (E1)

Somado a esse distanciamento, na gestão central de Salvador existe uma coordenação específica para Saúde Mental e outra para Atenção Primária à Saúde, ou seja, o desenho da gestão se constitui como espaço de fragmentação e disputa de poder do que busca integrada pelas soluções dos problemas da saúde mental no município. Assim, o conhecimento entre as áreas alimenta tal disputa e estimulam a concorrência e não a cooperação para a implantação de uma rede de atenção à saúde.

As coordenações são separadas, acho que teria que ser mais próximo, mas a gente tem muita separação do que é saúde mental e do que não é. (E2)

A atenção básica é esquecida com integrante da RAPS, formalmente ela é considerada, mas nos desdobramentos institucionais, seja de capacitação etc. [...] ela é esquecida, só é lembrada quando tem reunião pra falar que a gente precisa assumir os casos que a gente já assume de certo modo, entendeu? (E20)

A gente tem uma divisão organizacional da secretaria né do ponto de vista administrativo e institucional...como a atenção primária tem uma coordenação específica dividida entre vários campos temáticos e tem um modo de organização que não faz parte do mesmo processo gestor que o nosso, estou supondo porque também não conheço, eu sei que os usuários são acolhidos, a questão é como são acolhidos como essas demandas são resolvidas em nível local ou encaminhadas ou compartilhadas em nível distrital com as unidades de referências com serviços de referências a demanda de urgência eu não saberia te dizer em relação a questão de como se dá dentro do distrito (E1)

Como consequência disso, há baixa capacidade de governar fazendo com que o nível central também não tenha conhecimento sobre certos fluxos e processos de trabalho da ponta. A integração da RAPS está comprometida e fragilizada entre as coordenações da gestão central,

entre a gestão e os pontos de atenção nos DS, bem como entre os distintos pontos de atenção, por vezes, até considerada inexistente no processo de trabalho das equipes.

A estrutura organizacional da SMS, ela é uma variável para você entender o resultado disso na implantação da rede até para acompanhamento mesmo que a gente tem muito mais gerência técnica, minha leitura [...] são muitas lacunas para gente organizar estou trazendo uma aqui que acho muito importante que é a organização administrativa né? como a gente acompanha isso, porque como a atenção primária tem uma coordenação específica dividida entre vários campos temáticos e tem um modo de organização que não faz parte do mesmo processo gestor que o nosso [...] (E1)

Vale ressaltar que dos 07 componentes da RAPS, há outros setores/espços de disputa de poder que operacionalizam a rede de maneira distanciada a SMS, como as ações para geração de renda que são geridas pela Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPRE), unidades de acolhimento, consultórios na rua geridos por organização social e as comunidades terapêuticas cuja gestão aparentou ser pouca conhecida e discutida entre os profissionais.

Em relação a parte de geração de renda está por conta da SEMPRE que é a secretaria de promoção social e combate à pobreza. (E2)

[...] usuários nossos são encaminhados para comunidade terapêuticas e a gente tenta contato pra saber como está e a gente não pode falar. Isso é muito complicado estar acontecendo em pleno 2021. (E3)

[...] algumas comunidades foram abertas mas a gestão não tá sendo pela saúde, houve uma conversa alguns anos atrás e esse serviço está sendo gerido pelo lado de lá [...] Essa unidade de acolhimento adulto [...] tá compondo o projeto Girassóis de Rua [...] Tem outra coisa que foi a questão desse acompanhamento nosso, por ela ser gerida por uma OS, nosso trabalho vai ser de acompanhamento desse contrato que tem uma questão técnica com relação ao acompanhamento das ações em termos de ofertas existencial e da gestão da unidade levar os papéis da gestão da unidade e da oferta existencial [...] (E18)

Considerando que cada distrito possui suas particularidades e autonomia, embora haja esforços da gestão para criação de fluxos e protocolos, não há padronização deles em todos os pontos de atenção. Por vezes o profissional de um DS que tem uma relação mais próxima com outro ponto de atenção consegue mais rápido realizar articulações, criando um fluxo oculto na rede para que os processos de trabalho não parem. Por outro lado, se não houver essa aproximação mais informal os processos integração tendem a não fluir tão bem:

Os fluxos não estão uniformes no território, não estão funcionando como deveriam [...] os NASF com relação a articulação da rede, às vezes, têm um pouco de dificuldade, uns distritos têm mais dificuldade do que outros, alguns conseguem articular/fazer o apoio matricial, mas existe um pouco de dificuldade em relação a referência aos outros pontos da rede. (E17)

Os entraves na comunicação da RAPS faz com que ações realizadas sejam transparentes para alguns e opacas para outros. Ainda não há mobilizações sociais suficientes para enfrentamento dessas questões críticas.

O contexto analisado revela conflitos e contradições de interesses existentes na RAPS, tendo em vista que há atores em diversos espaços (pontos de atenção, gestão) mobilizados em fazer a saúde mental acontecer por meio da criação documentos orientadores do processo de trabalho, estabelecimento de espaços de discussões sobre a temática, fomento as equipes e colegas para ter um olhar sobre a temática. Todavia há outros jogadores que visam apenas em manter seu poder ou não querem usar a criatividade para pensar estrategicamente em formas distintas de resolver os problemas identificados e assim não contribuem para o avanço na implantação da rede.

Muitas ações realizadas por vezes são nebulosas para alguns e sofre forte influência do acaso, ou seja, pela ausência de fluxos e padronizações de processos de trabalhos os profissionais vão sendo movidos pelas demandas que vão surgindo e os profissionais vão “apagando incêndios”. Assim, as ações de saúde mental não estão tendo base nas necessidades de saúde da população e a falta do apoio da ciência para fazer a política de saúde mental acontecer gera a improvisação, o imediatismo e a incapacidade para processar tecno politicamente os problemas identificados na implantação da RAPS.

Dos 09 jogos sociais de Carlos Matus, 06 jogos foram utilizados nesta pesquisa que possibilitaram visualizar o contexto de implantação da RAPS. Destes, os jogos macro organizacional, da comunicação e das ciências constrangeram em maior perspectiva os nós críticos para a implantação da rede que os jogos econômico, político e da vida cotidiana, tendo em vista que a falta de prioridade para política de saúde mental é oriunda do projeto de governo e não é da gestão municipal.

Os atores que operam a política de saúde mental nas suas relações institucionais não tiveram capacidade de acumular poder para se articular e colocar os problemas identificados enquanto um projeto do governo. A mobilização interna interfere diretamente na implantação da política, porque se no PMS quem participa da formulação são os atores que operam a saúde mental e nem elas conseguem levar ou acumular poder suficiente para que a saúde mental seja prioridade, por que a macrogestão vai fazer isso?

5.5 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA RAPS

O grau de implantação foi estimado a partir de matriz de julgamento (quadro 11) oriunda da matriz de dimensões, critérios, padrões e normas construída neste trabalho. Para o julgamento levou-se em consideração as 02 dimensões do modelo lógico: acesso e

integração, que por sua vez, foram divididas em critérios e indicadores. Os indicadores foram validados por especialistas³ e após isso aferiu-se o grau de implantação.

Considerando que não há um sistema de informação em funcionamento que tragam as respostas aos indicadores de implantação estabelecidos, a pontuação foi atribuída a partir das evidências oriundas das entrevistas e dos documentos institucionais analisados ao longo do trabalho. O quadro 11 apresenta o resultado da matriz de julgamento com os critérios, seus respectivos indicadores com as pontuações máximas e as obtidas a partir das evidências, bem como a pontuação final (soma da pontuação obtida de cada critério) e o percentual de implantação de cada critério.

Vale ressaltar que as entrevistas, enquanto parte das evidências, foram realizadas com uma amostra dos profissionais de saúde do município de Salvador e que não foi possível entrevistar profissionais das UPAs, residências terapêuticas, SAMU, hospitais, comunidades terapêuticas e unidades de acolhimento. As informações a respeito destes pontos de atenção foram com base nas falas dos profissionais de outros serviços e dos documentos institucionais.

A pontuação máxima ou maior do que a metade foi atribuída aos indicadores que minimamente estavam de acordo com o padrão esperado. Nos casos em que as evidências trouxeram atividades realizadas em apenas alguns pontos de atenção ou uma realização esporádica, foi atribuída a metade da pontuação. Para as situações cujas falas e documentos revelaram que aquela atividade ou ação estava abaixo do esperado ou insuficiente para o município, a pontuação do critério obtida foi inferior a metade da pontuação máxima. Quando houve ausência daquele indicador, a pontuação foi nula.

Assim, a soma de todas as pontuações totalizou 157 pontos o que significa um percentual de 45,6% de implantação da RAPS. De acordo com os critérios metodológicos, definidos neste trabalho em quartis, os resultados encontrados revelam um grau incipiente de implantação da referida rede. Vale ressaltar que a análise singularizada entre as dimensões da matriz mostrou que houve indicadores e critérios que tiveram um impacto maior ou menor nessa medida final da implantação.

³ Especialistas com distintas trajetórias profissionais, uns em serviços assistenciais como CAPS, consultório na rua, hospital geral e outros programas e serviços. Outros que passaram pela gestão da secretaria municipal ou estadual de saúde, e ainda alguns com experiência acadêmica em instituições estaduais ou federais.

Quadro 11 – Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da RAPS em Salvador

Dimensão	Critério	Indicador	Pontuação máxima*	Pontuação obtida	Evidências (consolidado das entrevistas e análise documental)	Observações	Pontuação final do critério**	Percentual de implantação
Acesso aos serviços	Acolhimento na Atenção Básica	Acolhimento realizado a demanda espontânea que chega à AB	9	4,5	Algumas unidades apresentam esta prática enquanto outras não. Há unidades que realizam acolhimento em apenas alguns turnos.		8,5	50%
		Acolhimento realizado todos os dias e turnos na AB	8	4				
	Atendimento de sofrimento em saúde mental na Atenção Básica	Atendimento dos casos com sofrimento em saúde mental pelos profissionais da AB	8	4	Alguns profissionais do NASF e principalmente da equipe da atenção básica ainda não se sentem preparados ou não tem o entendimento sobre o atendimento de saúde mental, dessa forma não há consolidação como prática de trabalho por todos. As equipes de consultório na rua realizam atendimentos, mas o número abrange apenas uma parcela da população.	É preciso ter um parâmetro sobre cobertura ideal de consultórios na rua para que o indicador não fique comprometido.	11	45,8%
		Atendimento de sofrimento em saúde mental pelas equipes do NASF	8	4				
		Equipes de consultórios na rua suficiente para o atendimento das pessoas que tiverem esta necessidade	8	3				
	Acolhimento na Atenção Especializada	Acolhimento a demanda espontânea que chega nos CAPS	9	4,5	Algumas unidades de CAPS e CSM apresentam esta prática enquanto outras não. Há unidades que realizam acolhimento em apenas alguns turnos.		17	50%
		Acolhimento com devidos encaminhamentos aos usuários que chegam no CSM	7	3,5				
		Acolhimento realizado todos os dias e turnos abertos de trabalho nos CAPS, exceto no turno da reunião técnica	9	4,5				

		Acolhimento realizado todos os dias e turnos nos CSM	9	4,5				
Atendimento de casos graves e persistentes de saúde mental na Atenção Especializada		Atendimento de casos graves e persistentes em saúde mental	9	8	A maioria dos entrevistados deste componente afirmaram realizar esses atendimentos, os que não fazem é porque não estão com a matrícula aberta por falta de profissionais.		16	88,8%
		Atendimento de crises em saúde mental	9	8				
Atendimento em Urgência e Emergência		UPAs acolhendo e atendendo casos de saúde mental	9	3	Há poucas UPAs com profissionais psiquiatras, mas com preparo ainda insuficiente. Quando acionada, a SAMU, de maneira geral, dá boas respostas. O PA, apesar da lotação, tem se mostrado como importante ponto para realização deste tipo de atendimento. De maneira geral há articulação com este componente, mas relatos de dificuldades também.		19	54,2%
		SAMU acolhendo e atendendo casos de saúde mental	9	6				
		Pronto atendimento acolhendo e atendendo casos de saúde mental	9	6				
		Profissionais das Unidades de urgência e emergência realizando atendimento para os casos de saúde mental de forma articulada junto aos demais serviços da RAPS	8	4				
Atendimento Hospitalar		Hospitais gerais com leitos em enfermarias para saúde mental	9	0	Segundo os depoimentos não há enfermarias em funcionamento com leitos para saúde mental, nem oferta de internações de curtas durações em hospitais gerais.	Baseado na validação, foi retirado indicador relacionado a atenção em hospital psiquiátrico tendo em vista que ele não	0	0%
		Oferta de internações de curtas durações em hospitais gerais	8	0				

		Acesso aos leitos hospitalares regulados por intermédio do CAPS de referência	8	0		deveria compor a RAPS.		
Acompanhamento na Atenção Residencial de Caráter Transitório		Cuidado e acompanhamento ofertados por unidades de acolhimento adulto	8	0	Nos RAGs há registro de reuniões para discussão do acolhimento nestas unidades bem como integração entre o CAPS de referência e a unidades de acolhimento infante juvenil. No entanto diante das falas elas não entram no investimento da SMS e não houve detalhes sobre o funcionamento delas.	Não houve informações suficientes sobre as unidades de acolhimento do, logo esta pontuação pode estar comprometida. Após validação, as comunidades terapêuticas foram retiradas enquanto indicadores, tendo em vista o relato de práticas que não ofertam cuidado em liberdade e de violações dos direitos humanos.	8,5	34%
		Cuidado e acompanhamento ofertados por unidades de acolhimento infantil	8	4				
		Integração do CAPS com as unidades de acolhimento	9	4,5				
Acompanhamento na Estratégia de desinstitucionalização		Usuários que tenham demanda para tal assistidos em suas necessidades pelas Residências Terapêuticas	8	4	Há unidades deste componente, porém em apenas alguns territórios, os usuários acompanhados nestes serviços participam do programa de volta pra casa,	Não foi possível entrevistar profissionais que trabalham diretamente neste ponto de atenção, logo a pontuação se	10	40%

		Usuários com o auxílio do programa de volta para casa	8	6	mas há registros de dificuldades de alguns moradores para receber o benefício. Há registros nos RAGs de encontros para discussão sobre o funcionamento destes pontos de atenção inclusive elaboração de documentos sobre o funcionamento deles. Por outro lado, não há depoimentos dos profissionais de outros pontos sobre estas interações o que aparenta um funcionamento isolado.	deu partir da fala de outros profissionais.		
		Articulação dos CAPS e AB com as residências terapêuticas	9	0				
	Estratégia de geração de trabalho e renda para usuários	Programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda para usuários instituído pelo município	9	0	No município não há programas instituídos de geração de renda, há apenas uma instituição universitária com um programa mencionado nas entrevistas.		4,5	25%
		Outras instituições ofertando programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda	9	4,5				
Integração entre os pontos de atenção	Apoio Matricial dos NASF	Discussão de casos e processos de trabalho em equipe	9	6	As falas demonstram realização das discussões em equipe ainda que incipiente. O projeto terapêutico singular foi citado como algo mais raro de ser realizado. Há poucos relatos de educação		16	44,4%
		Elaboração do projeto terapêutico singular	9	3				
		Educação permanente para as equipes	9	4				

		Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental	9	3	permanente partindo do NASF bem como de ações territoriais.			
Apoio Matricial dos CAPS a outros pontos de atenção		Discussão de casos e processos de trabalho em equipe	9	7	As falas demonstram realização das discussões em equipe, educação permanente, bem como de algumas ações territoriais. ainda que incipiente. O projeto terapêutico singular foi citado como algo não tão comum de ser realizado.		24	66,6%
		Elaboração de projeto terapêutico singular	9	3				
		Educação permanente para outros pontos de atenção	9	7				
		Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental	9	7				
Apoio Institucional da gestão		Existência de apoio institucional suficiente na rede	9	4,5	Existem ações para integração/discussão bem como facilitação/articulação dos apoiadores na rede, no entanto apenas para parte dos distritos.		16,5	61,1%
		Realização de rodas ou outras estratégias de integração/discussões entre o apoiador e as equipes	9	6				

		Facilitação/articulação atividades de educação permanente junto aos profissionais dos pontos de atenção à saúde	9	6				
	Organização de fluxos assistenciais na rede	Elaboração de documentos institucionais com fluxos assistenciais descritos que estejam em constante atualização	8	6	Há registros documentais e falas sobre o esforço de discussões/reuniões para estabelecimento de fluxos. Há documentos em elaboração nesse sentido, no entanto não há publicações suficientes e disponíveis para todos os profissionais de documentos que tratem destes fluxos da rede e sim de partes dela.		12	58,3%
		Existência de fluxos assistenciais na rede disponíveis para os profissionais de saúde	8	4				
		Fluxos assistenciais em funcionamento	8	2				

Fonte: elaboração própria

*Pontuação máxima = 344pts (100%)

**Pontuação final do critério (soma das pontuações obtidas em cada indicador, em relação a pontuação máxima) = 157pts (45,6%)

5.3.1 Dimensão acesso

Em relação a dimensão do acesso (gráfico 3), observa-se que há grande distanciamento entre a realidade encontrada na RAPS de Salvador e o padrão de referência para julgamento, em todos os indicadores relacionados à essa dimensão e seus respectivos critérios. Destaca-se que no que concerne ao critério Atendimento Hospitalar que comporta o atendimento em hospitais gerais com leitos em enfermarias para saúde mental; oferta de internações de curtas durações em hospitais gerais; acesso aos leitos hospitalares regulados por intermédio do CAPS de referência, tiveram suas pontuações zeradas. Depreende-se que este componente ainda não funciona conforme a proposição da RAPS.

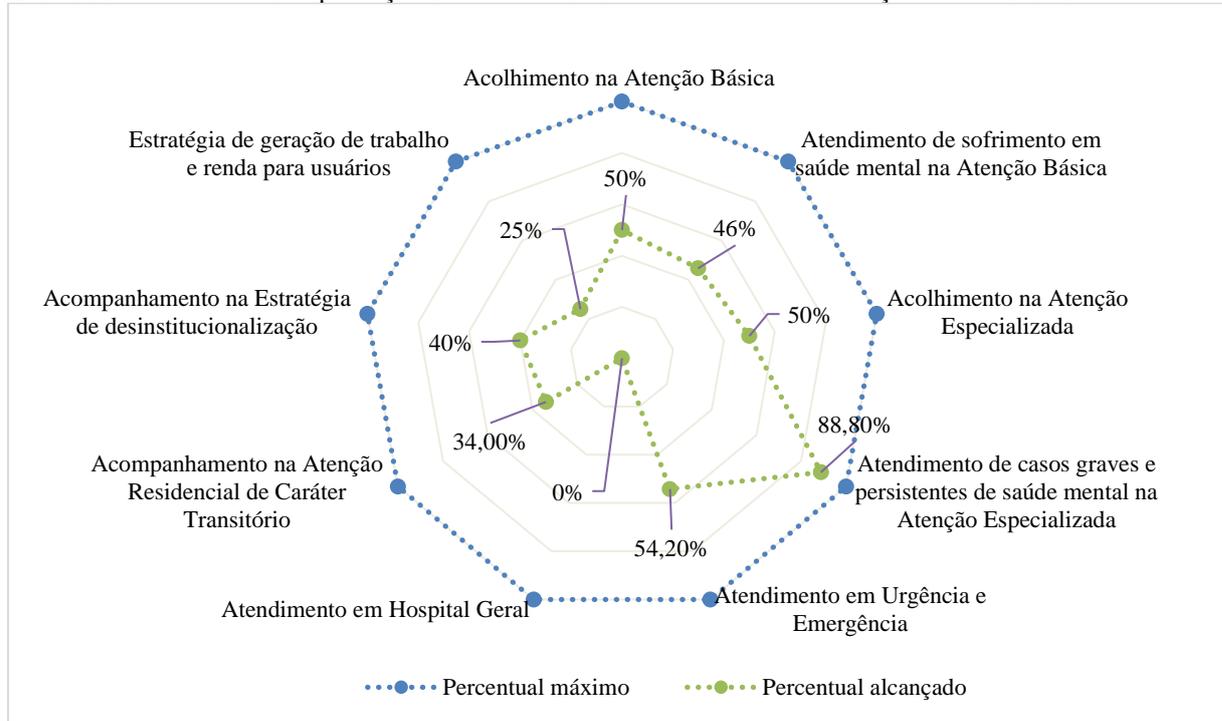
Com relação ao acompanhamento na atenção residencial de caráter transitório, um indicador que não recebeu pontuação foi “cuidado e acompanhamento ofertados por unidades de acolhimento adulto”. Isso porque, nas evidências mencionou-se, apenas, a respeito da unidade de acolhimento infantil e acerca de unidade de acolhimento adulto que esteve presente em um edital para implantação, mas não houve menção sobre o seu funcionamento na prática deste serviço. No que se refere a programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda para usuários de saúde mental instituído pelo município, a pontuação também foi igual a zero, já que não houve nenhuma referência deste tipo de iniciativa pela gestão de saúde mental, apenas por uma instituição universitária.

Os indicadores relacionados ao acolhimento e atendimento na atenção básica foram insuficientes. Vale ressaltar, que conforme a política nacional de humanização, toda demanda de saúde mental deveria ser acolhida neste nível de atenção. Com efeito, trata-se de falhas graves no acesso aos serviços de saúde, coordenação e organização do cuidado em saúde mental na RAPS. Contudo, a baixa cobertura da atenção básica em Salvador a insuficiência de equipes de NASF e de equipes de consultório na rua, são fatores que afetam a análise desses indicadores.

Em consonância com os resultados referentes à implantação e ao contexto, as maiores pontuações foram atribuídas ao critério atendimento de casos graves e persistentes de saúde mental na Atenção Especializada, equivalente a um grau de implantação avançado (88,8%). Esse achado reforça o fato de as ações concentrarem-se em apenas um dos componentes da rede, notadamente nos CAPS. Importa destacar que quanto melhor o funcionamento dos indicadores que compõem este critério, mais repercussões positivas haverá para os níveis de urgência e emergência. Nesse caso, os encaminhamentos seriam, apenas, para os casos em que a intensificação do cuidado não fosse possível realizar nas unidades de CAPS.

Não houve um consenso sobre a inserção de indicadores relacionados as comunidades terapêuticas para aferir o grau de implantação da RAPS entre os especialistas. Mas, a maioria apontou que o modelo em funcionamento, até então, fere princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Gráfico 3 - Percentual de implantação dos critérios da dimensão acesso aos serviços da RAPS de Salvador



Fonte: Elaboração própria

Os resultados apontam que o acolhimento, atendimento e acompanhamento dos usuários de saúde mental apresenta-se incipiente na maioria dos componentes analisados, principalmente, na atenção básica que deveria ser a ordenadora do cuidado de toda a RAPS. Diante desse baixo grau de implantação, que por sua vez representa o manejo inadequado do usuário de saúde mental na RAPS de Salvador, há possíveis agravamentos dos casos de saúde mental e mais crises psicossociais pela (des)assistência à saúde. Como consequência, há um maior volume de usuários buscando a urgência e emergência como porta de entrada, gerando lotação destas unidades prestadoras de serviços.

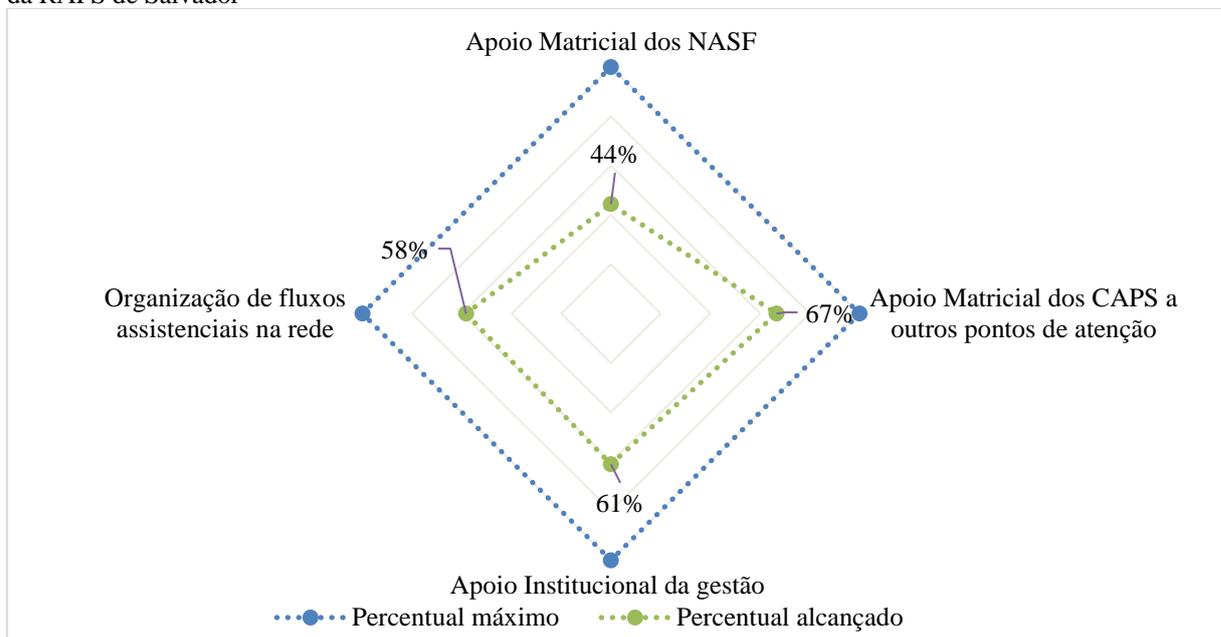
Da mesma forma, a rasa implantação dos critérios de acesso na RAPS provoca efeitos significativos, a exemplo de poucas ações de redução de danos, provocados pelo consumo de álcool e outras drogas e da baixa reinserção social dos usuários de saúde mental em Salvador, tendo em vista a não priorização dos serviços de atenção primária.

5.3.2 Dimensão Integração

No que concerne a dimensão da integração, seus critérios e indicadores relacionados (gráfico 4), o apoio matricial dos NASF foi o critério que teve o menor percentual na implantação (44%). O que possivelmente, está relacionado a baixa atividade no cuidado de saúde mental no âmbito da atenção básica. Na sequência, mesmo com iniciativas par tal ação, a organização de fluxos assistenciais na rede apresenta lacunas resultantes dos indicadores relacionados a disponibilização desses fluxos aos profissionais e o também no próprio funcionamento deles.

O apoio matricial dos CAPS e o apoio institucional foram os critérios que mais se destacaram no grau de implantação da RAPS na dimensão analisada, mesmo com a existência insuficiente de apoiadores para os territórios do município de Salvador. Isso representa um avanço na cogestão “dos e entre” os profissionais de saúde, seguramente uma melhoria na retaguarda assistencial e na redução de desgaste e sobrecarga profissional.

Gráfico 4 - Percentual de implantação dos critérios referentes a dimensão integração entre os pontos de atenção da RAPS de Salvador



Fonte: Elaboração própria

Os indicadores da dimensão de acesso e integração tiveram baixo desempenho. Contudo, pela quantidade de critérios ser maior na primeira dimensão isso ficou mais evidenciado. Esse resultado revela o quanto a RAPS carece de um melhor investimento em ações direcionadas investir na estruturação da rede bem como na integração a fim de garantir que o trabalho seja desenvolvido nos distintos pontos de atenção, com diferentes densidades

tecnológicas e nos territórios integrados. Nesse segmento, registra-se que para que haja cada vez mais o fomento na coparticipação do usuário nas decisões acerca do seu cuidado, inclusive na elaboração dos projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como com nas suas necessidades identificadas, é necessário que tais aspectos sejam considerados no âmbito dos processos de trabalho.

6 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo revelam uma Rede de Atenção Psicossocial do município de Salvador tem avançado lentamente em direção a sua concretização, no que tange os seus objetivos referentes ao acesso dos usuários aos distintos pontos de atenção e na articulação/integração entre os pontos de atenção dessa rede.

Não foi localizado outros estudos no país que aferem o grau de implantação de uma Rede de Atenção à Saúde. Neste trabalho, observou-se um grau de implantação incipiente, com atividades que não estão sendo desenvolvidas na sua totalidade e com baixa integração entre os pontos de atenção para garantir os resultados esperados, de acordo com a teoria do Programa modelizado e explicitado neste trabalho. E, por sua vez, deixa a desejar o resultado final proposto no modelo lógico que toma como referência a atenção integral aos usuários de saúde mental.

O desfecho de pouca implantação está relacionado ao contexto da rede analisada no município de Salvador, que sobre a ótica do jogo social, cria possibilidades diferentes a partir das ações dos jogadores, em que cada ação se constitui como uma jogada cujo ponto de referência é o outro afetado por ela (MATUS, 2005). Houve um entrelaçamento entre a ação produzida por cada jogo analisado dentro da rede estudada, cuja estrutura é influenciada diretamente pelo jogo econômico e político, que por sua vez, interferem no jogo da comunicação, das ciências e da vida cotidiana, e vice-versa.

O contexto de pandemia atuou na rede provocando algumas rupturas e alguns avanços. Considerando uma das ferramentas do apoio matricial, o projeto terapêutico singular que já era deficitário, em relação a rede de Salvador, acabou sendo abortado durante esse problema de saúde pública. Em oposição, houve o estímulo para realização do acolhimento em unidades que não tinham essa prática constituída, inclusive com um olhar mais direcionado a saúde mental. Além disso, houve fortalecimento de tecnologias online, a exemplo do Telessaúde para o matriciamento. A pandemia acabou por estimular o uso dessa ferramenta pelas equipes de

saúde, que pode ser um impulsionador para o uso de outros dispositivos online serem incorporados na rotina do processo de trabalho.

Mesmo em locais pontuais, os resultados evidenciaram que as ações oriundas do apoio matricial e institucional tornaram profissionais mais sensibilizados à temática de saúde mental, principalmente na atenção primária à saúde, fazendo com que eles se sentissem mais capazes de manejar casos de saúde mental.

O apoio matricial também foi percebido como uma boa estratégia no cuidado ao usuário proporcionando integração das equipes no estudo de Andrade, Zeferino e Fialho (2016) com profissionais de saúde de diversas cidades do país, participantes de um curso de saúde mental, ainda em outro trabalho realizado em um distrito de Salvador para garantir um atendimento integral aos usuários, bem como um importante canal de comunicação entre os serviços (MEDRADO et al., 2018). Da mesma maneira que no estudo de Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018) o AI funcionou como uma ferramenta potencializadora e fortalecedora da RAPS, ajudando as equipes a interagirem em apoio mútuo, reunindo os conhecimentos a respeito de um indivíduo, fazendo o acompanhamento e sendo corresponsáveis pelo cuidado do usuário.

É preciso continuar fortalecendo e expandindo a prática do matriciamento para que haja responsabilização compartilhada dos casos, excluir a lógica do encaminhamento e aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, estimulando a interdisciplinaridade e a aquisição de novas competências para a atuação em saúde (CHIAVERINI, 2011).

Os resultados também apontam que, nos últimos anos, houve ações do apoiador em saúde mental (AISM) no sentido de fomentar a elaboração de documentos técnicos que, embora estejam em construção, visam o estabelecimento de fluxos na rede e construção de uma linha de cuidado em saúde mental, embora esses conhecimentos não cheguem a todos os atores que operam a RAPS. Falleiro e colaboradores (2014) reforçam o quanto as experiências na Bahia propiciadas pelo apoio institucional têm possibilitado instrumentalizar trabalhadores com ferramentas e conhecimentos.

Outra atividade exitosa também incentivada pelos AISM foi a criação dos Grupos de Trabalho, enquanto espaços de discussão e reflexão sobre a saúde mental e sua rede dentro de alguns DS. Estudos corroboram com o fato de que os grupos de trabalho, assim como fóruns de discussões, têm se mostrado como importantes estratégias para o avanço da RAPS para fins de integração dos dispositivos e articulação do trabalho (NÓBREGA et al, 2017; ANDRADE,

ZEFERINO E FIALHO, 2016; ZANARDO, BIANCHESSI e ROCHA, 2018). Nesse particular, o estudo de Nóbrega et al (2017) em São Paulo/SP e o de Andrade, Zeferino e Fialho (2016) contemplando participantes da RAPS e diversas cidades do Brasil, assim como o trabalho de Zanardo, Bianchessi e Rocha (2018) em Porto Alegre/RS, reforçam essa questão. Neste último, as reuniões de discussões apresentaram-se como importante espaço para a formação, qualificação e implementação da RAPS.

Na revisão de literatura sobre a articulação da RAPS realizada por Freire (2018), o diálogo foi apresentado como a melhor alternativa para o enfrentamento das dificuldades de articulação entre os serviços e para estabelecer um espaço de troca de informações e experiências entre profissionais, gestores e usuários para a construção contínua da rede de atenção.

Embora houve avanços na implantação da RAPS, muito ainda são os desafios encontrados. Um deles é a falta da priorização econômica provocando insuficiência de recursos para dar conta dos gastos nos serviços e na estruturação da rede. Essa realidade também foi apontada no estudo de Nóbrega e colaboradores (2017) ressaltando déficit de recursos humanos e de recursos estruturais para atender a demanda dos usuários nos dispositivos da rede bem como precarização de insumos básicos para o funcionamento da RAPS. A falta de sustentabilidade econômica no SUS é considerada como obstáculo e ameaça para o sistema de saúde, inclusive dificultando a manutenção da rede de serviços e a mudança dos modelos de atenção, comprometendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (PAIM, 2018).

A ausência de financiamento presente na rede de saúde mental e as ações inespecíficas contidas nos documentos institucionais, relaciona o baixo poder acumulado pelos sujeitos da saúde mental na inclusão da RAPS, enquanto um projeto político da gestão da SMS. Estudo que analisou as variáveis estratégicas do jogo social na implementação da política de saúde em Porto Alegre (RS) revelou que a desigualdade de capacidades para a atuação dos atores provém de acumulações desde a concepção do SUS e quando recursos econômicos e políticos se tornam os mais poderosos, todo o sistema de saúde fica vulnerável aos interesses de poucos, perdendo seu caráter universal e igualitário (RAMOS, 2019).

Esse cenário econômico se relaciona com a política de saúde mental que não tem aparecido com a mesma importância que outros temas de saúde nas propostas do governo municipal de saúde, principalmente nos últimos anos. Ao analisar a conjuntura mais ampla do país, nota-se que nos últimos anos tem acontecido uma crise no campo da atenção psicossocial

diante da edição de vários documentos normativos para a composição da nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que trouxe uma série de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental como reforço do hospital psiquiatra como um dispositivo que faz parte da rede e não deve ser substituído, estímulo a prática da eletroconvulsoterapia, incorporação de um novo modelo de CAPS AD IV, que se distancia das ações territoriais e visa ocupar um espaço de urgência e emergência, entre outras ações. O trabalho de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) aponta para o quanto essa ‘nova’ política nacional de saúde mental é um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços de base comunitária.

Vale ressaltar que os achados deste trabalho revelaram uma rede de atenção psicossocial ainda muita restrita ao componente da atenção especializada, sem levar em consideração os demais pontos de atenção. Esse isolamento também foi observado na revisão de literatura realizada por Lima e Guimarães (2019) evidenciando a persistência do domínio da especialidade médico-psiquiátrica no cuidado de saúde mental, principalmente nos CAPS, em detrimento do trabalho em rede. A reprodução do modelo de saúde hegemônico não é um problema apenas da RAPS e sim das demais redes de saúde e um desafio para o próprio SUS. Paim (2018) aponta como barreiras para o sistema de saúde o modelo de saúde centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção, no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica.

No que tange as unidades básicas de saúde que, em tese, deveriam ser a principal porta de entrada dos usuários o estudo revelou que ainda carecem de práticas de acolhimento e atendimento voltadas à saúde mental. No trabalho de Nóbrega et al (2017) também é observada dificuldade na APS e seus profissionais para lidar com as necessidades de saúde mental em pesquisa de campo realizada em Picos/PI. Na investigação, é reforçado sobre a necessidade das equipes da atenção básica avançarem mais na inclusão da saúde mental em suas agendas, para que haja mais diálogo entre os serviços da ESF e NASF com os CAPS (PEREIRA e MAIA, 2018). Em outro trabalho, observa-se que ainda existem diferentes posicionamentos e até resistência de alguns profissionais da APS no acolhimento de questões relacionadas à saúde mental. Estudo realizado na baixada fluminense do Rio de Janeiro também revelou, inclusive, preconceito de profissionais com os pacientes de saúde mental (MIRANDA, OLIVEIRA e SANTOS, 2014).

Considerando um cenário de desmonte do SUS, houve a alteração na Política Nacional da Atenção Básica, em 2017 que trouxe a redução de profissionais da equipe mínima, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde e a flexibilização da organização da Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto modelo alternativo (MELO et al., 2018). Vale ressaltar que, “uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatorios especializados” (CRUZ, GONÇALVES E DELGADO, 2020 p.4). Esse foi o cenário encontrado no resultado deste trabalho.

Quando a atenção básica não assume seu papel ordenador da rede ou qualquer outro ponto de atenção também não realizada suas atividades, ocorrem encaminhamentos sem necessidade, gerando desgastes em outras equipes. Ao descrever o funcionamento da rede de São Paulo Nóbrega et al. (2017) sinaliza esse cenário de encaminhamentos não qualificados e reforça que a lógica do trabalho na RAPS deve haver compromisso de sustentar o usuário em qualquer ponto. Muitas vezes, o encaminhamento ocorre a fim de passar o caso/usuário à frente, seja como forma de se desresponsabilizar ou por acreditar que não possuem habilidade para tal, gerando insegurança para realizar o atendimento (ANDRADE, ZEFERINO E FIALHO 2016).

Estudo prévio de Miranda, Oliveira e Santos (2014) enfatiza a ausência de protocolos e fluxogramas que regulem os encaminhamentos e afirma ausência de trabalho sistemático em parceria com outros serviços de saúde. Apesar de em Salvador existir o esforço da construção desses fluxos, ainda é um desafio a implementação deles em toda rede. É preciso ultrapassar a lógica segmentada que leva ao pensamento de que “esse paciente não é meu”, e reduz o sujeito em fragmentos, assim o cuidado aos usuários de saúde mental deve ser visto como de função de todos aqueles que compõem a RAPS (PEREIRA e MAIA, 2018).

Os profissionais que atuam no campo da saúde mental precisam desejar atuar nesta área, buscar conhecimento acerca do tema para sustentar sua prática e se responsabilizar efetivamente pelo cuidado dos usuários (CARDOSO, 2021). Para isso é preciso investir dentro da educação permanente em saúde a temática de saúde mental.

Há bastante registro nos RAGs de ações de educação permanente realizadas. Contudo, nas falas dos entrevistados não apareceram, muito pelo contrário, foi destacado carências dessas formações em saúde mental e até extinção de alguns grupos de trabalho que também ajudaram na compreensão da rede. Essa realidade não é apenas de Salvador, mas há outros estudos que também reforçam a necessidade de mais capacitações e treinamentos para os profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial como o de Pereira e Maia (2018), o de Nóbrega et al.

(2017), e o de Miranda, Oliveira e Santos (2014). O trabalho de Fernandes, Rocha e Frazão (2014) em Arcos/MG ressalta que é de extrema importância para o funcionamento adequado da Rede de Serviços de Saúde, que as equipes recebam contínuos treinamentos e capacitações para lidarem com as demandas em saúde mental e isso deve se dar no âmbito do planejamento das ações.

O estudo evidenciou múltiplas compreensões dos profissionais acerca do apoio matricial e projeto terapêutico singular (PTS) o que reforça a necessidade da educação permanente em saúde mental. Ambos os conceitos são fundamentais para a implantação da RAPS, segundo Campos e Donitti (2007) o apoio institucional atua no aumento da capacidade de resolver problemas de saúde da equipe por meio de um especialista com um núcleo de conhecimento. O PTS é uma estratégia realizada por meio de um plano de ação compartilhado com várias intervenções que visam o cuidado integral à pessoa, elaborado com o usuário após uma primeira análise do profissional (BRASIL, 2013).

Nota-se que, nos últimos anos, houve uma tímida expansão de serviços nos diversos componentes da RAPS, o que representa maior envolvimento de outros pontos de atenção com a saúde mental. Contudo desafios no cuidado e atendimento na rede persistem por questões ligadas a baixa cobertura da atenção básica, insuficiência e sobrecarga de profissionais da rede de atenção à saúde. Isso é observado em outros municípios como [no trabalho de Parreira \(2017\)](#) em Diamantina/MG com a insuficiência e rotatividade de profissionais, impactando os serviços e gerado dificuldade de acesso e assistência aos usuários; também na baixada fluminense do RJ, onde a equipe do CAPS descreve uma série de problemas de recursos, até a precariedade dos vínculos trabalhistas e falta de estabilidade profissional (MIRANDA, OLIVEIRA e SANTOS, 2014).

Ainda sobre a estrutura macro organizacional, existe o desafio apontado nos resultados do próprio desenho fragmentado da gestão em saúde de Salvador e a gestão dos próprios componentes da RAPS (atenção básica, atenção especializada, estratégia de desinstitucionalização, etc.) em espaços diferentes, o que gera uma comunicação opaca sem a devida articulação para as ações integradas da RAPS. Na pesquisa de Nóbrega (2017) também foi apontada dificuldade dos profissionais em trabalhar de forma articulada devido à falta de comunicação, com isolamento entre a própria equipe dos serviços e entre equipes de outros pontos de atenção.

No que se refere a urgência e emergência e atenção hospitalar, a realidade estrutural e comunicacional não é muito diferente. A situação é agravada com a ausência de hospitais com leitos para saúde mental implantados e por isso, os hospitais psiquiátricos têm permanecido como centro nesse nível de atenção. Esse cenário é visto em Picos, onde o hospital geral também não conta com leitos especializados em saúde mental e o SAMU apresenta falhas e dificuldades nessa assistência, carregada ainda de traços do atendimento hospitalocêntrico (PEREIRA; MAIA, 2018). Também em São Paulo, com poucas vagas de leitos em Pronto Socorro - Setor de Emergência Psiquiátrica (PS) e falta de leitos de internação em hospital geral (NÓBREGA et al., 2017), o cenário encontrado em Salvador se repete.

Vale ressaltar que o tempo para realização da pesquisa associado ao cenário de pandemia, em que profissionais de saúde estavam focados no combate e controle da situação sanitária, dificultou o diálogo com um maior número de informantes, de maneira que todos os pontos de atenção da RAPS fossem contemplados. Desse modo, embora tenha sido realizado um esforço para contemplar atores distribuídos em todos os pontos da RAPS do município estudado, não houve entrevistas com profissionais que atuam diretamente nos serviços de urgência/emergência e hospitalar, também nas residências terapêuticas, bem como unidade de acolhimento infantil para assim entender melhor o funcionamento destes serviços e sua relação com a rede. Ademais, não foi possível o contato com a Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza para melhor compreensão sobre as atividades de geração de renda e emprego. Desse modo, o retrato apresentado sobre a ausência desse tipo de serviço se deu a partir da posição de gestores e profissionais que utilizam e conhecem estes serviços.

Infelizmente, residências terapêuticas, equipes de consultórios na rua, “vêm sendo implantadas em vários municípios do País, mas ainda de forma isolada, sem a lógica da RAS na região de saúde, portanto, ainda como programas fragmentados.” (BRASIL, 2015b). Desse modo, é preciso superar essa fragmentação e realizar mobilizações para que haja investimentos financeiros e ações de planejamento integradas para o avanço da implantação da RAPS.

É necessário desvendar o porquê não há uma priorização de ações na SMS para as comunidades terapêuticas. Assim, é preciso realizar estudos que investiguem e avaliem o funcionamento delas empiricamente, a fim de julgar se elas deveriam fazer parte da RAPS, a partir de uma modificação da sua estrutura ou serem excluídas.

Os depoimentos dos profissionais também revelaram carência de mobilizações sociais nos territórios que envolvam mais a RAPS. No entanto, não foi possível acessar as pautas dos

conselhos municipais para analisar como a temática de saúde mental tem sido discutida nesse espaço, pois não houve retorno da solicitação. A única fonte de informação para esse contexto foi o RAG, com registros de reuniões com os usuários de saúde mental e movimentos sociais. Desse modo, houve lacunas sobre um melhor entendimento dos movimentos sociais na RAPS. Tendo em vista que as entrevistas foram online, optou-se por não incluir usuários na pesquisa pela possível dificuldade de realizar encontros dessa forma.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito analisar a implantação da RAPS em Salvador através das entrevistas de profissionais e gestores, bem como da análise de documentos institucionais. O modelo lógico subsidiou todos os resultados, inclusive a identificação da distância entre o que foi desenhado e a realidade de implantação observada.

As ações propostas pela secretaria municipal para a implantação da referida rede nos últimos anos deixaram transparecer que nesse grande jogo social, há uma disputa por um prêmio que é o modelo da RAPS. Desse modo, os achados revelam o predomínio do modelo de saúde médico hegemônico hospitalocêntrico com baixo foco no território e na atenção básica, a não priorização da implementação da rede de atenção psicossocial, enquanto uma política de governo do município, que ainda carece de mais mobilização social. Como consequência há um grau ainda incipiente de implantação da RAPS.

Devem ser priorizadas as ações de planejamento em saúde mental, direcionada para os indicadores e critérios identificados com menor implantação. Na dimensão do acesso registra-se as unidades voltadas para os serviços de desinstitucionalização e da atenção residencial de caráter transitório, leitos em hospitais gerais para atendimento dos casos de saúde mental. E, na dimensão da integração, notou-se a importância de fomentar mais ações para implementar o apoio matricial no âmbito da atenção básica, enquanto parte do processo de trabalho. Salienta-se a necessidade de compreender melhor por meio de outras investigações, se há estratégias para a expansão do AISM prevista na política de saúde mental do município, tendo em vista a importância destacada nas evidências destes profissionais para a implementação de uma rede de atenção à saúde mental.

A teoria do jogo social trouxe elementos para compreensão dos nós críticos que travaram o desenvolvimento da RAPS em Salvador, com destaque para os jogos macro organizacional, da comunicação e das ciências que tiveram maior influência sobre os nós críticos da rede.

É oportuno dar ênfase as lacunas estruturais da RAPS buscando o aumento da cobertura da atenção básica, inclusive com investimento em equipes de consultórios na rua; também ampliação dos CAPS, principalmente do tipo III. Vale ressaltar que é necessário ter padrões de referência sobre qual cobertura ideal de consultórios na rua para população para que possa se avaliar a necessidade de implantação das novas equipes. Com atividades direcionadas as questões estruturais, será possível desconcentrar a rede de saúde mental apenas na atenção especializada, tendo em vista os outros 06 componentes que precisam ser geridos de maneira articulada e conjunta.

Vale a pena avançar em futuras pesquisas para entender melhor a capacidade instalada da RAPS de Salvador, bem como investir na implantação/aprimoramento de sistemas de informação e no seu uso para coletar e sistematizar informações epidemiológicas referente aos usuários de saúde mental nos territórios e assim planejar a real necessidade de infraestrutura da rede.

Faz-se necessário a definição de fluxos de processos de trabalho da RAPS acessível para todos os profissionais, para minimizar a fragmentação na comunicação. É crucial avançar nos diálogos entre os DS e a gestão municipal central para produzir uma rede integrada, sobretudo para que as experiências exitosas de alguns pontos de atenção possam ser referências para outros. E, por sua vez, para que não haja tanta discrepância entre os cuidados ofertados dentro dos territórios no mesmo município.

É necessário que haja um processo de educação permanente como prática no calendário de ações da SMS que estejam de acordo com as necessidades identificadas e demandas trazidas pelos profissionais de saúde, a fim de que eles percebam a realização dessa formação, além do fomento a carreira profissional na saúde para que haja diminuição da rotatividade de profissionais.

Dado o exposto, para que os profissionais “joguem” no sentido da implantação da RAPS, eles necessitam de motivação e interesse pela jogada, bem como capacidade para jogar (estrutura de trabalho adequada, conhecimentos/formação, recursos econômicos, etc.), pois se essa capacidade está fragilizada, possivelmente, todo processo de implantação se fragiliza.

Não menos importante, os resultados ainda apontaram que a pandemia do covid-19 trouxe um conjunto de questões que teve implicações não só pra RAPS municipal, mas provavelmente trouxe elementos que trarão mudança para o conjunto de redes de saúde, fazendo com que haja

novas formas de pensar e fazer o trabalho em saúde, a exemplo do matriciamento online. Desse modo, é preciso realizar mais estudos que avaliem esses impactos e apresente as novas possibilidades de processos e trabalho em saúde com ferramentas online, que facilitem e otimizem o dia a dia dos trabalhadores e colaborem no avanço do Sistema Único de Saúde.

Levando em consideração os aspectos apresentados, é preciso que a gestão priorize e planeje novas possibilidades de ação para a RAPS junto com os profissionais de saúde. Por fim, que haja o acompanhamento do impacto dessas ações para que elas sejam revisadas e recebam os ajustes necessários de maneira periódica.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. de A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 2, p. 233–242, 1996. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/g8T5T8cYMxHRJtpsdsnSPJP/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 01 out. 2018.
- ALMEIDA FILHO, N. DE. Integração Metodológica na Pesquisa em Saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: *O clássico e o novo*. Fiocruz. p. 143–156, 2003.
- ALVES, C. S. et al. Saúde mental e intersetorialidade no município de Patos (PB): fragilidades e desafios para execução da rede de atenção psicossocial. In: *16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. Brasília. p. 1–9, 2016.
- ANDRADE, K; ZEFERINO, M.T; FIALHO, M.B. Articulação da rede de atenção psicossocial para o cuidado às crises. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 21, n.2 p. 223-233, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i2.31269>. Acesso em: 01 jul. 2020.
- ANTONACCI, M. H. et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 47, n. 4, p. 891–898, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400017> Acesso em: 02 out. 2018.
- ARRETCHE, M. Trinta anos da Constituição de 1988: razões para comemorar? *São Paulo. Cebrap*. v. 37, n 03 p. 395–414, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/TdmkwZRGPN7yBqBh4WmnxyB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 out. 2018.
- AZEVÊDO, M. S. O cuidado a saúde mental em rede em um distrito sanitário de Salvador, BA: discussões e desafios para a integração de serviços. 2010. 156 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10411> Acesso em: 02 out. 2018.
- BRASIL. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília. p. 86, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 60 p, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acesso em: 01 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011b. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 30 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Acolhimento à demanda espontânea. Brasília-DF n 28 V. 1, 56p. 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental. Brasília-DF n 34, 176p, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília – DF, p. 44, 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf Acesso em: 02 out. 2018.

BRASIL. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 127 p, 2015b. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em 01 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Gabinete do Ministro, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 01 abril. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf> Acesso em: 06 out. 2021.

SALVADOR. Projeto Técnico Institucional Dos Centros De Saúde Mental. Prefeitura Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Psicossocial. Salvador 2017.

- BROUSSELLE, A. et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 06 jun. 2021.
- CARDOSO, PRISCILA DOS SANTOS PEREIRA. O acolhimento na rede de atenção psicossocial: conceito e importância. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*. Macapá, AP, V. 4, n. 1, p. 47-53, 2021. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/493/142> Acesso em: 06 jun. 2021.
- CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Ipea, 2010 (Nota Técnica). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5810/1/NT_n06_Como-elaborar-modelo-logico_Disoc_2010-set.pdf Acesso em: 02 out. 2018.
- CHAMPAGNE, F. Modelizar as intervenções. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- CHIAVERINI, D.H. et al. (Org.) Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf Acesso em: 23 ago. 2021.
- CRUZ, N. F. O., GONÇALVES, R. W. e DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285> Acesso em 6 out. 2021.
- FAGUNDES JÚNIOR, H. M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. DA. Reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro: Situação atual e perspectivas futuras. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1449–1460, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pd5MjNsgyn6XZsmpg67fGyz/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 02 out. 2021
- FALLEIRO, L. M. et al. Considerações preliminares sobre Apoio Institucional e Educação Permanente. In: FALLEIRO, L. M. (Org.). *Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática*. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 19-30.
- FERNANDES, M. J.; ROCHA, H. A. DA; FRAZÃO, D. P. S. Articulações em saúde: contribuições para o fortalecimento do trabalho em rede entre centro de atenção psicossocial e estratégia de saúde da família. *Revista de saúde pública do SUS/MG*, v. 2, n. 1, p. 53–68, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2014/34403/34403-875.pdf> Acesso em: 20 jun. 2020.
- FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F.; OLIVEIRA, P. R. S. Internamento Encarado: Coexistência da Internação Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial. *Semin., Ciênc. Soc. Hum., Londrina*, v. 40, n. 1, p. 25-42, jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 22 jun. 2020.
- FREIRE, D. R. A Articulação da rede de atenção psicossocial com as políticas intersetoriais.

- Universidade Federal de Uberlândia: UFU, 25p, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21781/5/ArticulacaoRedeAtencao.pdf> Acesso em: 05 jun. 2019.
- LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 883–896, set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300883&tlng=pt Acesso em: 05 jun. 2019.
- MACEDO, Thais Sanzovo. Histórias e caminhos da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial. 2019. 72f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/190922> Acesso em: 01 out. 2018.
- MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Revista Divulgação em saúde para debate*, n. 52, p. 15–37, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf> Acesso em 01 out. 2018.
- MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). *Pro-Posições*. v. 29, n. 2, pp. 389-415, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140> Acesso em 23 ago. 2021.
- MATUS, C. Teoria do Jogo Social. São Paulo. FUNDAP, 2005. 524 p.
- MEDEIROS, P. F. P. DE et al. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) 34p, 2016. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf> Acesso em: 30 jan. 2020.
- MEDINA, M. G., et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 41-63, 2005.
- MEDRADO, A. C. C. et al. Os laços e nós de uma rede de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis*, v. 10, n. 27, p. 53–70, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69374/41600> Acesso em 01 jul. 2020.
- MENDES, E. V. Comentários sobre as redes de atenção à Saúde no SUS. *Divulgação em Saúde Para Debate*. N. 52 p. 38–49, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf> Acesso em 01 out. 2018.
- MELO, E. A., et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 pp. 38-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103> Acesso em 06 de out. 2021.
- MILIAUSKAS, C. R. et al. Associação entre Internações psiquiátricas, cobertura de CAPS e atenção básica em regiões metropolitanas do RJ e SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5):1935-1944, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6JSbHzbr8LkfdY5DkwtXknn/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 02 out. 2018.
- MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2001.

- MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Rio de Janeiro, 34(3), 592-611. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300592&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 23 ago. 2021
- MOREIRA, M. I. B.; CAMPOS, R. T. O. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 2, p. 462–474, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017171154> Acesso em: 01 out. 2018.
- NÓBREGA, M. DO P. S. DE S. et al. Tecendo a rede de atenção psicossocial oeste do município de São Paulo. *Rev. Bras. Enferma*, v. 70, n. 5, p. 1016–23, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0566> Acesso em: 02 out. 2018.
- OLIVEIRA, E. C. DE et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 3, p. 1–7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040> Acesso em 01 out. 2018.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 pp. 1723-1728. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018> Acesso em 6 out. 2021.
- PARREIRA, M. R. Rede de Atenção Psicossocial: conhecendo sua funcionalidade. 2017, 115f. Dissertação (mestrado). - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha, Diamantina – MG, 2017. Disponível: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1762> Acesso em 06 jun. 2020.
- PEREIRA, S. L. B.; MAIA, J. B. D. Avanços e Desafios para Implementação da Rede de Atenção Psicossocial em um Município de Médio Porte. *Revista FSA*, v. 5, n. 4, p. 246–262, 1 jul. 2018. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1581>. Acesso em 01 jul. 2020.
- PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16 n.12, p. 4579–4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002> Acesso em 17 mar. 2020.
- QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: Qual o lugar da saúde mental? *Physis*, v. 24, n. 1, p. 253–271, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014> Acesso: 17 mar. 2020.
- RAMALHO, O. C. O apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no Distrito Federal. 2018, 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/34190> Acesso: 17 mar. 2020.
- RAMOS, D. D. Variáveis estratégicas do jogo social: uma análise a partir da implementação da política de saúde no município de Porto Alegre (RS). 2019, 144f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/204587> Acesso em: 07 de out. 2021.
- SALETE, M. et al. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. *Rev. APS*, v. 13, n. 1, p. 72–83, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14362/7760> Acesso em 05 jun. 2020.
- Saúde Mental: Casa Gerar abre as portas para o projeto Comunidade de Fala. ISC. UFBA. Salvador, 03 de maio. de 2019. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/saude-mental-casa->

gerar-abre-as-portas-para-o-projeto-comunidade-de-fala/ Acesso em: 06 jun. 2021.

SALVADOR (BA). Edital nº 002/2021 – processo seletivo simplificado projeto girassóis de rua. S3 Gestão em Saúde. 24 fevereiro 2021.

SILVA, L. M. V. DA et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: Estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 355–370, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n2/355-370> Acesso em 05 jun. 2020.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SILVA, L. M. V. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro, 41 p. 2014.

SILVA, A. P. *Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial do Recife e interface com a regulação*. 2015, 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/17838> Acesso em 01 jul. 2020.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V. DA; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 65-102, 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. v. 9, n. 1, p. 25–59, 2002. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003> Acesso em 01 out. 2021.

TRADE, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013> Acesso em 06 jun. 2020.

VASCONCELOS, M. S. DE; BARBOSA, V. F. B. Conhecimento de gestores e profissionais da rede de atenção psicossocial sobre matriciamento em saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 4, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/43922/pdf> Acesso em: 06 jun. 2020.

VAZ, B. C. et al. Destitucionalização na rede de atenção psicossocial: práticas e perspectivas no estado de Goiás. *Revista do NUFEN*, v. 11, n. 2, p. 161–179, 2019. Disponível: Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000200011&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 01 out 2018.

VIEGA, L. P. *A Rede de serviços de atenção psicossocial na região Sudeste da cidade de São Paulo: potencialidades e limites*. 124 f., 2012. Dissertação (Mestrado em serviço social) - Universidade Católica de São Paulo, 2012. Disponível em:

<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17611> Acesso em: 06 jul. 2020.

ZANARDO, G. L. DE P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: Características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 3, p. 460–474, jul. 2017.

Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

790X2017000300460&lng=pt&tlng=pt Acesso em: 06 jul. 2020.

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

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v9n3/a06.pdf> Acesso em: 01 ago. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Pesquisa: Análise de implantação da Rede de Atenção Psicossocial em Salvador.

Responsável: Jéssica Janai Meneses Valério

Você está sendo convidado a participar como voluntário e de maneira online de uma pesquisa. de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborada em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivos analisar a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, em Salvador, no período de 2011 a 2019. Propõe-se para tanto, identificar as ações propostas pela SMS de Salvador para a implantação da RAPS, analisar os nós críticos e avanços para o desenvolvimento da RAPS, descrever o grau de implantação da referida rede.

Participando do estudo você está autorizando a gravação das falas concedidas. Caso haja algum constrangimento para responder determinada pergunta, você ficará à vontade para não falar. Todos os dados serão manipulados apenas pela pesquisadora responsável pelo estudo, não sendo identificados os informantes, nem sendo disponibilizado para outras pessoas, com extremo sigilo, garantindo o anonimato. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Sobre os riscos de participação nesta pesquisa, existe a possibilidade de você sentir prejudicado por dispor de seu tempo para participar e também incomodado por falar de alguns assuntos, o que poderá ser dito imediatamente à pesquisadora. Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos ainda que a sua recusa não implicará em danos ao seu trabalho no serviço a que está vinculado, e tampouco em qualquer outro tipo de prejuízo

Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto o benefício esperado com sua participação é o fornecimento de informações que vão contribuir para maior entendimento e conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial, em Salvador, com a possibilidade de identificar avanços na implantação da mesma, bem como nós críticos que impedem o funcionamento dessa rede. As gravações serão armazenadas pela pesquisadora e sistematizadas para elaboração dos resultados da pesquisa. Espera-se que este estudo possa contribuir no aprimoramento da política de saúde mental no município de Salvador. O trabalho final será publicado em revista científica e também poderá ser divulgado em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais. A instituição da qual você faz parte receberá uma cópia dessa divulgação.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outra pessoa que não faça parte da equipe de pesquisa. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Entretanto, você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Jéssica Janai Meneses Valério (71) 99201-4493, e-mail: jj.janay@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ISC/UFBA, na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia, horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8h às 15h, tel. (71) 3283-7419, e-mail: cepisc@ufba.br.

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas, desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar*:

Nome do participante

Assinatura do participante

Salvador, / / 2021

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Assinatura da pesquisadora

Salvador, / / 2021

APÊNDICE B - Questionário de identificação de auto preenchimento para os participantes das entrevistas e grupo focal

1- Nome e sobrenome (mantido em sigilo):	
2- Formação:	
3- Locais que já trabalhou relacionado a saúde mental:	
4- Local que trabalha atualmente relacionado direta ou indiretamente a saúde mental:	
5- Possui quantos anos de experiência trabalhando direta ou indiretamente com a temática de saúde mental?	
6- Possui alguma pós-graduação em saúde mental?	
7- Em caso afirmativo de pós-graduação descreva o nome:	

APÊNDICE C - Roteiro de perguntas para as entrevistas individuais e roteiro de questões para discussão dos grupos focais

Entrevistas individuais e informantes chaves	
Público	Perguntas
Gestor/responsável da CRASP	1. Quais ações de saúde mental são realizadas na Atenção Básica?
	2. Como funcionam e quais atividades são realizadas pelas as equipes de consultório de rua? E o corra pro abraço? Ponto de cidadania? Existe centro de convivência no município?
	3. O CAPS realiza articulação e matriciamento junto aos demais pontos de atenção da RAPS? Se sim, como funciona? Há elaboração de Projeto Terapêutico Singular em Saúde
	4. Como funcionam os centros de saúde mental?
	5. Como funciona a atenção a saúde mental a nível de urgência e emergência/crises? Algum hospital geral possui leito para pacientes de saúde mental? Como funciona o pronto atendimento psiquiátrico (PAP)?
	6. Como funcionam as unidades de acolhimento do município? Existem comunidades terapêuticas? Se sim, como funcionam?
	7. Quais são atividades realizadas pelos serviços residenciais terapêuticos? Há articulação com os demais pontos de atenção?
	8. Como funciona o programa de volta para casa no município?
	9. O município possui iniciativas de trabalho e renda para usuários de saúde mental? Se sim, quais são?

	10. Existem recursos destinados a RAPS? Se sim, quais são? Como é feito a distribuição?
	11. Há iniciativas privadas de ações para a RAPS? Se sim quais são?
	12. Existem ações comunitárias que envolvem a RAPS? Se sim quais são?
	13. Há pautas no Conselho Municipal de Saúde sobre a RAPS? Se sim, sabe dizer quais são?
	14. Há ações de formação em saúde mental para os trabalhadores da gestão e dos pontos de atenção? Se sim, quais e como funciona?
	15. Quais avanços você percebe na RAPS de Salvador desde a sua implantação até os dias atuais?
	16. Quais desafios você percebe na RAPS de Salvador desde a sua implantação até os dias atuais?
Gestor/responsável da APS	1- Quais ações de saúde mental são realizadas na Atenção Básica? Há acolhimento? O NASF realiza suporte ao manejo de situações de sofrimento mental?
	2 - Como funcionam e quais atividades são realizadas pelas as equipes de consultório na rua? Como está a cobertura dessas equipes? E o corra pro abraço? Ponto de cidadania?
	3 - O CAPS realiza articulação e matriciamento com a Atenção Básica? Se sim, como funciona? Há elaboração de Projeto Terapêutico Singular em Saúde Mental? Como é realizado?
	4 - Existem ações comunitárias que envolvem a RAPS? Se sim quais são?
	5- Há pautas no Conselho Municipal de Saúde sobre a RAPS? Se sim, sabe dizer quais são?
	6- Há ações de formação em saúde mental para os trabalhadores da atenção básica? Se sim, quais e como funciona?
	7- Quais avanços e desafios você percebe na RAPS de Salvador desde a sua implantação até os dias atuais?
Grupos focais	
Público	Blocos de questões para discussões
Grupos focais e entrevistas individuais com profissionais dos pontos de atenção	Percepção sobre RAPS seu funcionamento.
	Acompanhamento de casos leves, graves e crises. Articulação entre sua unidade e outras / fluxos / ficha de referência e contrarreferência.
	Desafios e avanços da RAPS desde o início da sua experiência até hoje.

APÊNDICE D – Matriz de coleta de dados para análise de contexto

Jogo	Variáveis	Roteiro para coleta nos documentos institucionais e entrevistas	Fonte de verificação
Político	Poder político. Distribuição de poder. Força dos interesses. Projetos que expressam motivações pessoais e ideológicas.	Quais propostas realizadas pela SMS para saúde mental de 2011 até 2019?	-Planos municipais de saúde. -Relatórios anuais de gestão. -Entrevistas e grupos focais
		Quais impactos das legislações mais atuais sobre a RAPS?	
Econômico	Poder econômico. Distribuição de bens/serviços/renda para população.	Quais recursos são destinados a RAPS? De onde vêm?	
Vida cotidiana	Poder comunitário e impacto.	Há ações comunitárias que envolvem a RAPS?	
		Existe apoio da instância de controle social (CMS) a RAPS?	
Comunicação	Poder de comunicação gerador de convicção e motivação.	Como acontece a comunicação e integração entre os pontos de atenção?	
Macro organizacional	Poder burocrático e institucional. Capacidade organizacional. Distribuição de governança e poder organizacional.	Como está a infraestrutura dos pontos de atenção?	
		Como está a distribuição de profissionais nos pontos de atenção da RAPS?	
Ciências	Poder cognitivo. Distribuição dos conhecimentos.	Há ações e espaços de formação em saúde mental para os trabalhadores de saúde?	

APÊNDICE F – Matriz de ajustes dos indicadores após validação dos especialistas, conforme as marcações no questionário online e nos comentários realizados

INDICADOR	COMENTÁRIOS QUE INTERFERIRAM NA PONTUAÇÃO E/OU NAS MODIFICAÇÕES	MARCAÇÕES				Soma	SITUAÇÃO FINAL
		Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente		
Acolhimento realizado a demanda espontânea de saúde mental que chega nas unidades de atenção básica		9	0	0	0	9	Manter indicador
Acolhimento realizado todos os dias e turnos nas unidades da Atenção Básica	"Muito específico na organização dos processos de trabalho no âmbito desse ponto de atenção do componente da Atenção Primária".	7	2	0	0	8	Manter indicador
Acolhimento realizado por todos profissionais de saúde das unidades de atenção básica	"acho que o acolhimento aos usuários de saúde mental deve ser realizado pelo maior número de profissionais possível, entretanto, não necessariamente 100% das equipes [...]"; "[...] tenho dúvidas se seria um bom indicador do acesso[...]"; "Interessante, mas para uso interno das Unidades no processo de trabalho [...]".	4	4	1	0	-	Indicador retirado tendo em vista que os anteriores já o contemplavam
<i>Pontuação final do critério Acolhimento na Atenção Básica =</i>						17	
Atendimento de sofrimento em saúde mental pela equipe mínima de saúde da família	"Penso que tem mais valor de uso interno da Unidade".	6	2	0	1	8	Reinscrever indicador para: Atendimento dos casos com sofrimento em saúde mental pelos profissionais da Atenção básica
Atendimento de sofrimento em saúde mental pelas equipes do NASF	"Considerando a quantidade de equipes NASF em Salvador, o indicador fica comprometido na análise".	8	0	1	0	8	Manter indicador

Atendimento das pessoas em situação de rua pelas equipes de consultórios de rua	"A função primeira das equipes.de.rua é atender esta população. Não faz sentido avaliar o atendimento a pessoas em situação de rua pelas equipes de rua".	5	0	3	1	8	Reinscrever indicador para: Equipes de consultórios na rua suficiente para o atendimento das pessoas que tiverem esta necessidade
<i>Pontuação final do critério atendimento de sofrimento em saúde mental na Atenção Básica =</i>							24
Acolhimento a demanda espontânea que chega nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)		9	0	0	0	9	Manter indicador
Acolhimento a demanda espontânea que chega no Centro de Saúde Mental (CSM)	"Não precisa ser um serviço de demanda espontânea por seu caráter ambulatorial e de ações pontuais"; "Penso que o acolhimento nesse ponto de atenção deve ser preferencialmente regulado pela APS".	6	1	2	0	7	Reinscrever indicador para: Acolhimento com devidos encaminhamentos aos usuários que chegam no Centro de Saúde Mental (CSM)
Acolhimento realizado todos os dias e turnos nos CAPS	"Importante considerar o turno de reunião de equipe na análise".	8	1	0	0	9	Reinscrever indicador para: Acolhimento realizado todos os dias e turnos abertos de trabalho nos CAPS, exceto no turno da reunião técnica.
Acolhimento realizado todos os dias e turnos no Centro de Saúde Mental (CSM)		7	2	0	0	9	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério acolhimento na Atenção Especializada =</i>							34
Atendimento de casos graves e persistentes em saúde		8	1	0	0	9	Manter indicador

mental na atenção especializada							
Atendimento de crises em saúde mental na atenção especializada		9	0	0	0	9	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério atendimento de casos graves e persistentes de saúde mental na Atenção Especializada = 18</i>							
UPAs acolhendo e atendendo casos de saúde mental		9	0	0	0	9	Manter indicador
SAMU acolhendo e atendendo casos de saúde mental		9	0	0	0	9	Manter indicador
Pronto atendimento acolhendo e atendendo casos de saúde mental		9	0	0	0	9	Manter indicador
Unidades de urgência e emergência articuladas aos CAPS	"Não compreendi sobre como mensurar".	8	0	1	0	8	Reinscrever indicador para: Profissionais das Unidades de urgência e emergência realizando atendimento para os casos de saúde mental de forma articulada junto aos demais serviços da RAPS.
<i>Pontuação final do critério atendimento em Urgência e Emergência = 35</i>							
Hospitais gerais com leitos em enfermarias para saúde mental		9	0	0	0	9	Manter indicador
Oferta de internações de curtas durações em hospitais gerais	"Como mensurar esse dado?"	7	1	1	0	8	Manter indicador
Acesso aos leitos hospitalares regulado pelos CAPS	Dúvidas acerca de como medir esse indicador.	3	6	0	0	8	Manter indicador

Uso de hospital psiquiátrico para complementar o cuidado	"O hospital psiquiátrico não deveria compor a RAPS. A Lei 10216 [...] previa a progressiva extinção do hospital psiquiátrico [...]"; "Com uma rede diversificada não há necessidade clínica de um serviço exclusivo como o hospital psiquiátrico"; Não concordo, porém a nossa realidade ainda deixa muito a desejar, já que não temos uma implantação efetiva da RAPS"; "Enquanto existir o equipamento Hospital Psiquiátrico, a implantação de leitos de saúde mental em hospital geral torna-se mais lenta e mais difícil"; "Os hospitais psiquiátricos devem ser extintos considerando toda iatrogenia gerada por estes equipamento [...]"	0	3	1	5	-	Retirar indicador
<i>Pontuação final do critério atendimento Hospitalar = 25</i>							
Cuidados ofertados pelas unidades de acolhimento adulto	Há importantes lacunas acerca dos procedimentos oficiais envolvendo esse ponto de atenção.	6	1	2	0	8	Manter indicador
Cuidados ofertados pelas unidades de acolhimento infantojuvenil	Há importantes lacunas acerca dos procedimentos oficiais envolvendo esse ponto de atenção.	6	1	2	0	8	Manter indicador
Integração do CAPS com as unidades de acolhimento		8	1	0	0	9	Manter indicador
Integração do CAPS e APS com as comunidades terapêuticas	"CAPS e APS tem perspectivas distintas das adotadas pelas comunidades terapêuticas"; "A estratégia de cuidado adotada pelas comunidades terapêuticas, com ênfase de cunho religioso, dificulta a integração com outros dispositivos [...]"; "As comunidades terapêuticas devem ser excluídas da RAPS já que não oferecem cuidado em liberdade e inspeções recentes apontam para importantes violações de direitos humanos"; "As CT foram incluídas goela abaixo na legislação mais atual [...] não é um bom indicador porque mascara o descompromisso e desinvestimento do Estado e o financiamento de interesses privados e eleitores [...]"	1	2	1	5	-	Retirar indicador

<i>Pontuação final do critério Acompanhamento na Atenção Residencial de Caráter Transitório = 25</i>							
Usuários assistidos pelas Residenciais Terapêuticas	A priori, todos são assistidos, porque o SRT é vinculado a um Caps.	7	1	1	0	8	Reescrever indicador para: Usuários que tenham demanda para tal assistidos em suas necessidades pelas Residências Terapêuticas
Usuários com o auxílio do programa de volta para casa	este auxílio não é aplicado a todos que vivem em SRT?	8	0	1	0	8	Manter indicador
Articulação dos CAPS e AB com as residências terapêuticas		9	0	0	0	9	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério Acompanhamento na Estratégia de desinstitucionalização = 25</i>							
Programa para geração de trabalho e renda para usuários instituído no município	Programa ou equipamento na rede?	8	1	0	0	9	Reescrever indicador para: Programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda para usuários instituído pelo município
Outras instituições ofertando programas para geração de trabalho e renda		8	1	0	0	9	Reescrever indicador para: Outras instituições ofertando programa/equipamento na rede para geração de trabalho e renda
<i>Pontuação final do critério Acompanhamento na Estratégia de geração de trabalho e renda para usuários = 18</i>							
Discussão de casos e processos de trabalho em equipe		9	0	0	0	9	Manter indicador
Elaboração do projeto terapêutico singular		7	2	0	0	9	Manter indicador

Educação permanente para as equipes		9	0	0	0	9	Manter indicador
Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental		8	1	0	0	9	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério Apoio Matricial dos NASF = 36</i>							
Discussão de casos e processos de trabalho em equipe		7	2	0	0	9	Manter indicador
Elaboração do projeto terapêutico singular		7	2	0	0	9	Manter indicador
Educação permanente para outros pontos de atenção		9	0	0	0	9	Manter indicador
Intervenções no território e dentro das unidades relacionadas a promoção da saúde mental e prevenção de sofrimento mental		8	1	0	0	9	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério Apoio Matricial dos CAPS a outros pontos de atenção = 36</i>							
Existência de apoio institucional suficiente na rede		7	2	0	0	9	Manter indicador
Realização de rodas ou outras estratégias de integração/discussões		9	0	0	0	9	Manter indicador

entre o apoiador e as equipes							
Realização de educação permanente pelos apoiadores a partir da demanda das equipes	"Os apoiadores, não necessariamente, devem ser os profissionais a ofertar educação permanente, mas podem ser os facilitadores do processo"; "Penso que o apoiador deve mais fomentar, articular ou provocar sobre as necessidades em EPS do que realizar a EPS"	5	4	0	0	9	Reescrever indicador para: Facilitação/articulação atividades de educação permanente junto aos profissionais dos pontos de atenção à saúde
<i>Pontuação final do critério Apoio Institucional da gestão = 27</i>							
Reuniões/discussões sobre fluxos assistenciais na rede	"Acredito que o entendimento claro das equipes sobre cada serviço da raps e a articulação na produção do PTS seja das mais importantes sinalizações da implantação da RAPS"	7	1	0	1	8	Reescrever indicador para: Existência de fluxos assistenciais na rede disponíveis para os profissionais de saúde
Elaboração de documentos institucionais com fluxos assistenciais descritos	"A institucionalização de processos pode escapar de documentos protocolares? Penso que documentos com a descrição objetiva de fluxos assistenciais ainda podem engessar ações futuras. Talvez a instituição de ações como o matriciamento, reuniões para discussão de PTS e pactuações sejam mais coerentes com o caráter "inusitado" da Saúde Mental. A ideia de documentos com fluxos assistenciais me soa como protocolos que podem enrijecer os acordos. Mas é algo a se refletir melhor".	7	2	0	0	8	Manter indicador
Fluxos assistenciais em funcionamento	"mesma justificativa da questão anterior"	7	2	0	0	8	Manter indicador
<i>Pontuação final do critério Organização de fluxos assistenciais na rede = 24</i>							