

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE SAÚDE**

**GABRIEL GONDINHO XAVIER**

**ATENÇÃO À CRISE PSÍQUICA NA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE FRANCISCO MORATO**

**SÃO PAULO**

**2022**

**GABRIEL GONDINHO XAVIER**

**ATENÇÃO À CRISE PSÍQUICA NA REDE DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL DE FRANCISCO MORATO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Saúde, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Lígia Pupo**

**SÃO PAULO**

**2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Xavier, Gabriel Gondinho  
Atenção à crise psíquica na rede de atenção psicossocial de Francisco Morato /  
Gabriel Gondinho Xavier — São Paulo, 2023.  
38 f.

Orientador (a): Lígia Rivero Pupo

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde  
– Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Políticas de saúde 2. Saúde pública 3. Saúde mental 4. Intervenção na crise 5. Intervenção psicossocial I. Pupo, Lígia Rivero

CDD: 614

Xavier, Gabriel Gondinho. Atenção à crise psíquica na Rede de Atenção Psicossocial de Francisco Morato [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2023.

## RESUMO

**Introdução:** O manicômio, outrora destino daqueles em crise psíquica, não se comprometia com saúde mental, mas sim com encarceramento, exclusão e eugenia, com uma visão biomédica do encarcerado. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o advento do SUS (Sistema Único de Saúde), busca-se o fim dos manicômios, e promove-se cuidado psicossocial, emancipador, em rede. No entanto, a lógica biomédica e manicomial persiste, promovendo práticas perversas, mesmo dentro de uma rede com propósito psicossocial. **Objetivo:** Conhecer a articulação e a lógica de cuidado de serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) de Francisco Morato no atendimento à crise psíquica, incluindo entraves e potencialidades. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, entrevistando gerentes de equipamentos de saúde da RAPS municipal, e subsequente análise das entrevistas. **Resultados:** Dificuldades na comunicação entre os serviços da rede, atenção básica pouco presente na atenção à crise, falta de matriciamento, e alta quantidade de usuários buscando atendimento na atenção básica e especializada, que têm equipes incompletas, são entraves. Foco na escuta e posicionamento contra internações desnecessárias e medicalização são potencialidades. **Conclusão:** A RAPS municipal efetivamente ainda está em construção, com questões materiais dificultando sua implementação. Há aspectos manicomiais coexistindo com aspectos psicossociais na atenção à crise psíquica.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde, Saúde pública, Saúde Mental, Intervenção na Crise, Intervenção  
Psicossocial.

## ABSTRACT

**Introduction:** Lunatic asylums, once the destination for those undergoing psychic crisis, were not concerned with mental health, but with incarceration, exclusion and eugenics, with a biomedic vision of the incarcerated. With the Brazilian Psychiatric Reform and the advent of SUS (Unified Health System), the end of asylums is sought, and emancipating, psychosocial care, in a network, is promoted. However, the biomedical, asylum logic persists still, promoting perverse practices, even inside a network with psychosocial purpose. **Objective:** To know the articulation and the healthcare logic of services of the RAPS (Psychosocial Care Network) of Francisco Morato in caring for psychic crisis, including hindrances and potentialities. **Methodology:** Qualitative research, interviewing managers of the municipal RAPS healthcare services, and subsequent interview analysis. **Results:** Difficulties in communication between network services, little presence of primary care in crisis care, lack of matrix support, and high quantity of users seeking care in primary and specialized care, which have incomplete work teams, are hindrances. Focus on listening and positioning against unnecessary institutionalization and medicalization are potentialities. **Conclusion:** The municipal RAPS is effectively still in construction, with material issues difficulting its implementation. There are asylum aspects coexisting with psychosocial aspects in the care for psychic crises.

**Keywords:** Health Policy, Public Health, Mental Health, Crisis Intervention, Psychosocial Intervention

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Revisão da Literatura</b>	<b>15</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>3.1 Geral</b>	<b>20</b>
<b>3.2 Específicos</b>	<b>20</b>
<b>4 ARTIGO</b>	<b>21</b>
<b>4.1 Introdução</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Metodologia</b>	<b>23</b>
<b>4.3 Resultados e Discussão</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Conclusão</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Referências</b>	<b>32</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>6 REFERÊNCIAS</b>	<b>36</b>
<b>7 ANEXOS/APÊNDICES</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A crise. O surto. O “você endoidou?”, exclamado exasperadamente. Como discorrer sobre algo tão difícil de nomear quanto o acirramento do sofrimento psíquico em um ponto tão extremo, tão difícil de controlar (é algo controlável?), de compreender (é algo compreensível)?

Para devidamente apresentar o tema deste trabalho, é importante, portanto, definir aquilo que, no contexto de saúde mental, chamamos de crise – tarefa desafiadora, como dizem Dell’acqua e Mezzina<sup>1</sup> (1991), que também alertam para a necessidade de ter uma compreensão do momento histórico vigente às discussões desse tema, o que inclui um entendimento do *zeitgeist* do saber psiquiátrico de tais momentos, uma vez que a esse campo era incumbida a tarefa de abarcar esta crise. Segundo Martins<sup>2</sup> (2017), é possível distinguir duas noções de crise em saúde mental na história: uma é a biomédica, relacionada à visão clássica da psiquiatria; a outra é referente a posturas críticas e problematizadoras, por parte de movimentos de reforma psiquiátrica, que questionam a primeira noção.

A visão biomédica da crise desenvolveu-se, ao longo da história, como uma forma de isolar a loucura em locais afastados da sociedade, conforme apontado por Foucault<sup>3</sup> (1978). A lógica, historicamente, da internação em asilos psiquiátricos, envolvia a consideração de que a loucura era da ordem daquilo que não era aceitável para a sociedade, sobretudo em relação ao trabalho, a produtividade – visto aí, portanto, que os indigentes, os desempregados, também eram submetidos a esse regime de encarceramento da assim chamada loucura. Encarceramento, inclusive, e vale ressaltar a terminologia, tendo em vista o papel da instituição manicomial enquanto instituição também de caráter judicial. De fato, Goffman<sup>4</sup> (1974) diz que tanto o manicômio quanto a prisão são o que ele chama de “instituições totais”, cujas principais características são o fechamento em relação ao mundo exterior e, sobretudo, com o social, e os internados nessas instituições estão sob controle total de uma equipe de dirigentes.

Nessa linha de raciocínio, mostra-se importante destacar que, na lógica de exclusão da manicomialização, além das estratificações de classe, há também um atravessamento pelas questões raciais, conforme explicado por David e Vicentin<sup>5</sup> (2020), pois, no Brasil, a visão de muitos médicos psiquiatras adeptos do eugenismo era a de que a negritude estava associada à degeneração moral, e a população preta e parda era encarcerada em manicômios, para ser estudada, de modo que a ciência eugenista pudesse encontrar justificativas para provar a suposta inferioridade dessa população. A exclusão de uma população que não é considerada

aprazível a essa comunidade médica, representante daquilo que é bom e moral (considerando os projetos de enbranquecimento do Brasil, a branquitude dessas elites encontra-se nessa posição privilegiada), é vista por Basaglia<sup>6</sup> não apenas como um análogo ao regime de *apartheid*, mas também como uma recusa de entender essa população, até mesmo em nível de entendê-la enquanto gente – o resultado é a segregação, o encarceramento de pretos e pardos em manicômios. Esse destaque é importante não apenas para pontuar, com exemplos concretos, a historicidade da relação entre a institucionalização e a exclusão, mas também para ressaltar que é na lógica de colocar no discurso científico uma justificativa para a exclusão dos excluídos que vai se operar, que vai se legitimar, a prática dessa psiquiatria clássica.

O saber psiquiátrico se desenvolve, também, a partir da ideia de remover a anormalidade presente no sujeito que o impede de ser um membro funcional da sociedade, para que ele venha a ser produtivo. O tratamento proposto por essa psiquiatria, denominada “psiquiatria clássica”, é totalmente voltado à sintomatologia, ou seja, à erradicação desses sintomas, e, a partir dessa proposta, a crise nada seria senão uma versão aguda de tais sintomas<sup>2</sup>. Portanto, desse modo, “[...] a supressão desta sintomatologia buscaria a homeostase, a partir de um modelo de adaptação e estabilização, entendidos como positivos. O que rompe com tal homeostase e organização é, automaticamente, entendido como algo destrutivo.”<sup>7</sup>

Na sagacidade da obra machadiana, “O alienista”<sup>8</sup>, vemos um exemplo de como a figura do psiquiatra, dotada de autoridade e saber científico, busca encarcerar tudo aquilo considerado desviante, desvio de caráter, e também, eventualmente, as contradições dessa prática, questionando o que seria, afinal, o normal, e o que seria esse tal desviante. Da mesma forma, muitas outras visões críticas dessa psiquiatria clássica foram surgindo, especialmente a partir dos anos 1950; entre outras, experiências importantes na Itália e as lutas do movimento antimanicomial brasileiro.<sup>2</sup> Essas reformas psiquiátricas buscaram dar um outro sentido ao tratamento do sujeito em sofrimento psíquico grave, romper com práticas asilares, e também repensar a crise.

Dell’acqua e Mezzina<sup>1</sup>, que fizeram parte das iniciativas de psiquiatria democrática na Itália, enfatizam a necessidade de tratar da crise não nos manicômios, isolados da sociedade, mas sim dentro do próprio território em que o sujeito está inserido, de forma coordenada e minimizando a fragmentação do cuidado. Essa abordagem relativa ao cuidado da crise se dá devido a uma compreensão diferente acerca da definição da crise, definição esta que tem a ver com uma ruptura, que está relacionada com a história de vida do sujeito, suas experiências de vida, de tal modo que ela não é vista como uma mera desordem, incômoda à sociedade, mas

sim como uma resposta a uma situação-problema que se torna, de certo modo, insuportável a esse sujeito. A importância de um espaço de cuidado que preza pela liberdade é enfatizada por Basaglia<sup>6</sup>, uma vez que, para o autor, o confinamento do sujeito a nada mais que um ditado de ordem, por parte da instituição que lhe contém – no caso do manicômio, lhe aprisiona – não poderá resultar em um tratamento, de fato, pois a tentativa de fuga dessa opressão, por parte do sujeito, passará inevitavelmente pelo acirramento da produção, na ordem do psíquico, de sintomas, sobretudo aqueles descritos como psicóticos, e tal acirramento é justamente o que é denominado como crise para o modelo psiquiátrico clássico. Daí vem a importância de se contrapor a tal projeto de encarceramento.

Ainda nesta perspectiva, outra definição de crise (no entanto, vale ressaltar que ela ainda possui uma natureza psiquiátrica) é a de uma situação que atende

“[...] a pelo menos três dos cinco parâmetros arbitrariamente especificados, a saber:

- a. Grave sintomatologia psiquiátrica aguda;
- b. Grave ruptura de relação no plano familiar e/ou social;
- c. Recusa dos tratamentos psiquiátricos (remédios, internação, programas terapêuticos). Afirmação da não necessidade do tratamento, porém aceitação do contato;
- d. Recusa obstinada do contato psiquiátrico propriamente dito, e
- e. Situações de alarme no contexto familiar e/ou social. Incapacidade pessoal de afrontá-las.”<sup>1</sup>.

Deste modo, para os autores, as situações que atendem a esse critério são as mais difíceis de lidar, mesmo considerando um contexto de atenção a crise no território, como era a experiência italiana na qual eles estavam inseridos, e, portanto, tais situações eram as mais passíveis de internação à força em hospitais psiquiátricos.

Há ainda outros conceitos de crise importantes a ser considerados. Tomemos, por exemplo, o que a psicanálise tem a dizer sobre o conceito de crise, que vai além da estereotipada crise psicótica, tão gravada no imaginário coletivo; importantíssimo ressaltar, inclusive, que há uma diferença entre um diagnóstico de psicose e uma crise psicótica<sup>9</sup>. De fato, o trabalho de Freud que levaria à criação da psicanálise inicia-se acerca não da psicose, mas sim das pacientes histéricas<sup>10</sup>, muitas das quais eram submetidas ao regime carcerário do hospício – isso, conforme aponta Leite<sup>11</sup> (2012), após séculos de condenação à fogueira, por acusações de bruxaria feitas pela igreja, o que nos mostra não só uma disputa entre o saber médico e o religioso, mas, essencialmente, uma intersecção entre o campo da saúde e o campo

da moral, já que “tratar” da histeria, seja no manicômio ou na pira da inquisição, acaba passando por uma questão de moralidade, enfim, de não aceitação, daquilo que é desviante ao padrão da sociedade. “O que se retrata, através dos tempos, é a intolerância dos discursos instituídos em relação à posição histérica [...]”<sup>11</sup> Até mesmo os próprios médicos demonstravam certo desprezo à histérica, reduzindo seus sintomas à mera simulação bizarra; eram desinteressados em entender o que esses sintomas queriam dizer, e mais interessados em apenas atentar-se à sintomatologia, como enfatizam Mocarzel e Garcia<sup>12</sup>.

Com as contribuições de médicos como Charcot e Breuer, Freud e a psicanálise dão ênfase a uma questão fundamental, que se contrapõe à visão focada no sintoma da psiquiatria clássica – o sentido que o sintoma tem, ou seja, buscar entender porque aquele sintoma, aquela manifestação histérica aparece. Neste caso, o sintoma, aparecendo no corpo, dá voz àquilo que não consegue ser dito, não consegue ser expresso, senão desta forma<sup>12</sup>, e a psicanálise surge como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico, buscando, essencialmente, escutar esses sujeitos.

A noção do *sentido* do sintoma pode se aplicar a toda sorte de sintomatologia, incluindo aqueles que se apresentam, agudamente, nas situações de crise. Freud<sup>10</sup> associa as manifestações de conteúdos sintomáticos a traumas, que marcam o sujeito em algum ponto de sua história; isso é algo que merece destaque, considerando a seguinte definição de trauma, em psicanálise, segundo Laplanche e Pontalis<sup>13</sup>: “Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica.” Tal definição encontra-se em consonância com a definição de crise de Dell’acqua e Mezzina, especialmente em relação à intensidade do sofrimento, que se faz trauma, e pode vir a desencadear-se em crise.

A compreensão da crise em psicanálise vai além do trabalho com as histéricas. Lacan<sup>14</sup> dedica um de seus seminários à questão das psicoses, e, se debruçando sobre essa questão, essencialmente aponta que a crise não vem sem razão, mas sim por conta de alguma situação, algum contexto, que se torna insuportável ao sujeito, que não vê outra saída para tal situação, senão essa crise. Nas palavras do autor, “Trata-se, no fundo da psicose, de um impasse [...]. Tudo se passa como se o sujeito reagisse a isso com uma tentativa de restituição, de compensação. A crise está desencadeada fundamentalmente por alguma questão sem dúvida.”<sup>14</sup> Tais questões, principalmente, para Schreber, o sujeito cujo caso foi discutido por Lacan, são, por um lado, a inadequação que o jurista sentia em seu trabalho, pois era muito jovem em comparação aos seus pares, o que lhe causava insegurança; e, por outro lado, o de

que ele sentia-se inseguro pelo fato de que não conseguia ter um filho com sua esposa. Dado esse contexto, não restou a Schreber outra saída senão a crise delirante – se não podia deixar a esposa grávida, engravidaria ele próprio do deus abraâmico. Com base no que Berlinck<sup>9</sup> (2007) nos explica, por mais que Schreber tivesse suas vulnerabilidades e suas questões com o desenvolvimento do que poderia se chamar de uma estrutura psicótica, ele só entrou em uma crise psicótica porque as circunstâncias em que ele se encontrava o levaram a tal situação.

Tendo em vista as perspectivas históricas em relação à crise, é importante levar em consideração as visões contemporâneas acerca da crise em saúde mental, vigentes, pelo menos em teoria, na atenção à saúde no Brasil. Para tanto, uma breve contextualização histórica se faz importante, para entender qual era o destino daqueles que estavam em uma situação de crise psíquica.

No Brasil, os manicômios também foram o destino de incontáveis pessoas, que eram enviadas a esses locais de finalidade tão perversa não somente por algum diagnóstico psiquiátrico, mas também – na verdade, principalmente – por se desejar a exclusão destas pessoas da sociedade, seja lá qual fosse o “problema” delas, uma vez que, como explica Arbex<sup>15</sup>, relatando o histórico do Hospital Colônia, em Barbacena, o maior hospício do Brasil, a maioria dos pacientes que lá eram institucionalizados, cerca de 70%, não tinham nenhum diagnóstico, nem sofriam de doença mental; eram pessoas que foram pegadas pela polícia e tinham o manicômio como cárcere, eram meninas enviadas para lá como castigo de seus pais, que se irritavam com sua rebeldia, ou que perderam sua virgindade antes do casamento, ou mulheres abandonadas pelos maridos, que foram viver com suas amantes, além de outras figuras desprezadas pela sociedade, como prostitutas, homossexuais, mendigos, negros, pobres, entre tantas outras. Como explica a autora, “A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar.”<sup>15</sup>

Ou seja, o local ao qual uma pessoa em situação de crise era enviada não era um local destinado ao tratamento, mas sim à exclusão sistêmica de tudo aquilo rejeitado pela sociedade. Não é a toa que o mais emblemático dos manicômios de nosso país chamava-se Colônia – este significativo escancara a relação entre a lógica manicomial e a colonialista, como bem nos explica Fanon<sup>16</sup> (1968), já que “[...] a colonização, em sua essência, se apresentava já como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos.” Afinal, a eugenia, essa proposta eurocêntrica que pautava o manicomialismo, é uma extensão do pensamento colonialista. Nesse processo, violento por natureza, como seria possível esperar do hospital psiquiátrico qualquer perspectiva de cuidado digno ao sujeito em crise?

Revela-se, portanto, indissociável, a luta pela dignidade humana, que guia a Reforma Psiquiátrica, com as lutas populares de redemocratização, no momento histórico brasileiro em que se busca superar o regime ditatorial que se instaurou no golpe de 1964. Essas lutas são importantíssimas para que fosse possível repensar a saúde mental no Brasil, pois, como diz Sartre<sup>17</sup>, só a luta, o combate contra a opressão hegemônica, pode levar a uma “cura”, uma superação do modelo psiquiátrico então vigente. Amarante<sup>18</sup> (2011) explica que o surgimento, a partir do fim da década de 70, de movimentos compostos, seja por trabalhadores da área de saúde mental, seja por familiares dos usuários, além da participação, em congressos, de pensadores importantes que criticam a psiquiatria clássica, como Basaglia, Guattari, Goffman e Szasz, foram fundamentais para o movimento de Reforma Psiquiátrica.

Essas discussões trouxeram à tona a realidade do atendimento psiquiátrico manicomial, e tornou-se uma pauta do movimento de Reforma Sanitária de um modo geral. Ao longo de importantes construções na 8ª Conferência Nacional de Saúde, bem como em outros encontros, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e iniciativas similares em escala regional, levaram à adoção de estratégias de desinstitucionalização, da concepção da saúde enquanto direito (em vez de como um produto comercial, como ocorria até então), e da luta por uma sociedade sem manicômios<sup>19</sup>.

Para tanto, fez-se necessária a criação de outros espaços onde o usuário pudesse ser atendido em suas demandas de saúde mental. Como explica Amarante<sup>20</sup>, em 1987, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, ou CAPS, foi construído no Brasil, propondo um modelo de atenção à saúde mental que rompesse com a lógica manicomial, e esse serviço atendia usuários que outrora teriam o hospício como destino. Além disso, experiências em Santos que partiram do desmonte de um hospital psiquiátrico até a criação de serviços substitutivos, como

“[...] cinco Núcleos de Atenção Psicossocial (abertos 24 horas), distribuídos por critérios de regionalização em toda a cidade; um serviço de emergência psiquiátrica no hospital geral; um vigoroso e criativo projeto cultural, o Projeto TAM TAM, com rádio e TV comunitária; uma residência para ex-internos do hospital que, por alguma razão, não tivessem condições próprias de moradia; uma cooperativa de trabalho, para geração de renda para os usuários”.<sup>20</sup>

Essas propostas iniciais eventualmente levaram à criação de tantos outros projetos adicionais, incluindo o âmbito cultural, trabalhista, territorial, como um contraponto à instituição do hospital psiquiátrico. Além disso, a própria criação do SUS, e as propostas legislativas para a expansão de um novo modelo de atenção à saúde, consolidaram esta

verdadeira Reforma Psiquiátrica, por mais que o setor privado tenha oferecido hercúlea resistência a essas mudanças.

Institui-se, portanto, que os serviços de natureza psicossocial – os CAPS – serão os responsáveis pelo atendimento às demandas de saúde mental, e não mais os manicômios, com o propósito de paulatinamente reduzir o número de leitos nessas instituições, em prol da expansão dos CAPS.<sup>21</sup> Estabelecido isso, e considerando o percurso da Luta Antimanicomial, torna-se importante, portanto, como explica Amarante<sup>18</sup>, que esses serviços estejam preparados para atender à pessoa em crise, agora não mais vista como alguém que deve ser contido, dopado ou eletrocutado, mas sim ouvido e devidamente acolhido. A definição que o autor dá para a crise em saúde mental a partir da perspectiva psicossocial é a de que se trata de algo principalmente na esfera social, da relação do sujeito em crise com terceiros, dos recursos que estão ou não disponíveis a esse sujeito. Dessa forma, o cuidado ofertado não deve ser exclusivamente entre o profissional do equipamento e o usuário, mas sim um cuidado em rede, envolvendo diversos sujeitos e serviços, sejam eles de caráter sanitário ou de outros setores<sup>20</sup>.

Em material do Ministério da Saúde<sup>22</sup> sobre a crise em saúde mental, encontramos, similarmente, uma definição de crise que a entende como uma situação de desorganização por parte do sujeito, e a priorização do cuidado ao sujeito à crise é o acolhimento deste, o oferecimento de um suporte a tal situação, e não a desenfreada tentativa de supressão do sintoma, como outrora era praticado no modelo asilar de atenção à saúde. Além disso, enfatiza-se, mais uma vez, a importância de proporcionar um cuidado em rede.

De fato, a criação da Rede de Atenção Psicossocial<sup>23</sup> foi um marco de grande importância para consolidar esta nova estratégia de cuidado. Se, antigamente, o sujeito em crise era jogado em um manicômio e ali ficava encarcerado até a morte, agora esse cuidado não sequer é exclusividade de um só serviço, aquele substitutivo ao manicômio, que é o CAPS; este será o ponto central da RAPS, mas os outros serviços da rede – incluindo equipamentos de atenção básica, leitos hospitalares e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial – irão, em um trabalho em conjunto, oferecer um suporte, com o intuito de reduzir, senão completamente evitar, que o usuário em crise venha a ser internado.<sup>22</sup> A reestruturação do cuidado em saúde mental, e especialmente a criação da RAPS, foi de grande impacto para a redução dos leitos em manicômios.<sup>21</sup>

Ainda falando sobre o conceito de crise para uma prática pautada na Reforma Psiquiátrica, também há um destaque para o papel dela não apenas como causadora de um sofrimento intenso, mas também como algo que proporciona uma oportunidade, como aponta Fialho<sup>24</sup>

(2015), uma vez que, se a crise é uma resposta a alguma questão que atravessa o sujeito de tal forma e tal intensidade, então, caso bem manejada, é possível construir, com esse sujeito, uma compreensão melhor dessas questões, desses sofrimentos; em outras palavras, como diz o autor, “A compreensão da crise no seu aspecto de oportunidade permite seu entendimento como uma tentativa de dar respostas a um momento de intenso sofrimento psíquico.”<sup>24</sup>

Tendo estabelecido esse panorama da crise em saúde mental, é importante considerar, para o escopo deste trabalho, o território que será abordado neste trabalho, ou seja, o de Francisco Morato. De acordo com o próprio *site* da prefeitura do município<sup>25</sup>, o pedaço de terra que viria a ser Francisco Morato era, originalmente, parte de uma fazenda, e servia como acampamento para os operários que trabalhavam para a São Paulo Railway Company, na construção da ferrovia que ligaria Santos e Jundiaí. Eventualmente, com a incorporação da companhia ao governo, esse terreno foi loteado passou a ser parte do município de Franco da Rocha. Em 1965, foi emancipado, e tornou-se o município de Francisco Morato.

Segundo Chagas<sup>26</sup>, esse município receberia grande população migratória, inclusive de outras regiões do Brasil, sobretudo da região Nordeste, e essa população buscava não só melhores condições de vida e oportunidades de emprego em São Paulo e redondezas, mas também encontrava, em Francisco Morato, possibilidades de conseguir moradia própria. Ainda de acordo com a autora, a população desse município, é, portanto, constituída, em sua maioria, por população de baixa renda, população essa que serve como contingente de trabalho para regiões mais desenvolvidas, especialmente São Paulo.<sup>27</sup> É importante destacar que a constantemente alta, e sempre crescente, densidade populacional da cidade, acaba por gerar “[...] um ciclo de pobreza que barra o desenvolvimento da mesma, uma vez que a prefeitura não possui estrutura administrativa e financeira para lidar com o constante aumento dessa pobreza e para suprir as novas demandas da população.”<sup>26</sup>

Essencialmente, Francisco Morato é um município que pode ser caracterizado como cidade-dormitório<sup>28</sup>, ou seja, é de caráter majoritariamente residencial, e oferece poucas oportunidades de emprego dentro de seu próprio território. Encontrando em São Paulo a maior chance de emprego, todos os dias uma grande concentração de trabalhadores residentes nessa cidade-dormitório parte, pela ferrovia, rumo à metrópole, onde esses trabalhadores passam o dia todo em seus empregos, e apenas de noite chegam essas pessoas, em seus lares, para dormir e repetir suas rotinas no dia seguinte. Como explica Vidali<sup>29</sup> (2019), historicamente, uma grande parcela da população que chega à região da cidade de São Paulo acaba sendo expulsa a regiões periféricas – tal como Francisco Morato – que ficam mais distantes desse grande centro, mas com terrenos mais acessíveis para quem tem baixa renda; apesar disso,

essa população tem que continuar se deslocando até São Paulo para conseguir trabalhar. Essa característica do município, bem como a precariedade de recursos financeiros, são fatores que contribuem com o fato de que esse seja um território que possui poucas opções de lazer e infraestrutura pouco ideal<sup>27</sup>, incluindo falta de coleta de esgoto e vias não-pavimentadas<sup>26</sup>, por exemplo.

É importante salientar que Francisco Morato não possui grandes indústrias<sup>25</sup>, e sua principal atividade econômica é o comércio, que recebe algum impulso devido à presença da ferrovia na cidade, mas esse ainda é um “[...] comércio de pequeno porte, que está adaptado por um padrão para atendimento da população de baixa renda [...]”<sup>29</sup>, fator que incentiva o trânsito diário aos empregos oferecidos na capital do estado. Também há prevalência do setor de prestação de serviços, conforme indicado pelo *site* da prefeitura<sup>25</sup> e segundo dados da Fundação SEADE<sup>30</sup>, que, por sua vez, também aponta para um salário médio consideravelmente menor que a média estadual ou da capital. Ainda em relação à economia, em 2019 o município estava entre os dez municípios com menor PIB de toda a Região Metropolitana de São Paulo<sup>31</sup>.

Francisco Morato é, segundo dados do IBGE<sup>32</sup>, um município com 49.001 km<sup>2</sup> de área territorial e população estimada em 179.372 pessoas. Os dados do SEADE de 2022<sup>30</sup> indicam população total de 178.312 habitantes, sendo as faixas etárias de 20 a 34 anos as mais prevalentes, e uma densidade populacional de 3633,8 habitantes por km<sup>2</sup>. Para atender às necessidades de saúde mental da população, de acordo com o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)<sup>33</sup>, o município conta com alguns equipamentos de saúde do SUS, incluindo 13 USFs (Unidades de Saúde da Família), uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento), um ambulatório de especialidades, duas farmácias de administração pública, um hospital estadual, e por último, e não menos importante, três CAPS: um CAPS II, um CAPS AD e um CAPS IJ. Há também um CAISM na rede, que fica no município de Franco da Rocha, e serve de referência para Francisco Morato.

Ainda falando sobre equipamentos de saúde, é importante destacar um fato importante: a presença, na região, de um dos maiores manicômios do Brasil: a Colônia de Juquery, que chegou a ter 15 mil internos<sup>20</sup>. Esse hospital psiquiátrico, liderado por Francisco Franco da Rocha (cujo nome foi dado ao município que se formou nessa região, e município do qual Francisco Morato já fez parte enquanto distrito), tinha a proposta de curar os alienados a partir do trabalho, e posteriormente também passou a encarcerar aqueles acometidos pela alienação e que cometiam crimes, em um manicômio judicial.<sup>34</sup>

Historicamente, apresenta-se, então, uma relação próxima do território no qual foi feita a

pesquisa e um dos manicômios de maior porte do nosso país, manicômio esse que, como tantos outros, adotava práticas eugenistas, defendidas por psiquiatras que lá atuaram, como Pacheco e Silva, que visava o branqueamento e a suposta pureza da população de São Paulo a partir da internação de crianças, com o objetivo de acabar com a delinquência<sup>5</sup>, e o acima citado Franco da Rocha.

## 1.1 Revisão da Literatura

Considerando as definições de crise apresentadas na introdução, bem como o contexto histórico dos equipamentos de saúde e do modelo de atenção à saúde mental no SUS, podemos, portanto, nos debruçar sobre a revisão de literaturas referentes ao objeto da crise em saúde mental e seu manejo nesses equipamentos.

É perceptível na literatura mais recente acerca do tema que o desafio de superar o modelo hospitalocêntrico tem se tornado ainda maior, tendo em vista certos retrocessos que afetaram as políticas relacionadas à atenção a crise desde o ano de 2017, incluindo alterações na estruturação da RAPS e no financiamento, buscando fortalecer mais uma vez a presença do hospital psiquiátrico no sistema de saúde atual<sup>21</sup>. Apesar da disputa entre o modelo de Reforma Psiquiátrica e o modelo hospitalocêntrico ter sempre nos acompanhado desde o início do processo de redemocratização do país, podemos dizer que há um acirramento nesta disputa mais recentemente.

É importante considerar que esse processo também fortalece a presença de comunidades terapêuticas, com atendimento de cunho religioso, como nos explica Cayres<sup>34</sup> (2020); tais instituições filantrópicas sempre coexistiram com os manicômios no Brasil, pautando-se seja no catolicismo, no espiritismo ou no neopentecostalismo, mas elas ganharam força a partir de 2015, e tem o propósito de curar pela fé e pelo trabalho. Além do cunho moralista desse tratamento, e da similaridade à laborterapia proposta por tantas outras colônias manicomiais – afinal, os conventos religiosos também são instituições totais<sup>4</sup> – o crescimento vertiginoso dessas comunidades terapêuticas, sobretudo as comunidades neopentecostais, é mais um indicativo de como o modelo de atenção à saúde mental pautada pela luta antimanicomial vem sido atacado por perspectivas reacionárias, que buscam crescer cada vez mais para retomar a hegemonia da atenção ao sofrimento mental.

Para além da persistência da instituição do manicômio, a própria lógica manicomial permeia a prática em saúde, de modo que os CAPS, estes equipamentos que deveriam substituir os hospícios, muitas vezes reproduzem uma lógica de cuidado cada vez mais

próxima ao modelo hospitalocêntrico, como nos explicam Krachenski e Holanda<sup>35</sup> (2019); o entendimento do que é a crise, e como manejá-la, acaba sendo muito mais próximo do manicomial do que da perspectiva mais democrática, desenvolvida na Reforma Psiquiátrica. Essas práticas incluem a imediata contenção química da crise, em vez do acolhimento e da tentativa de compreensão pautados no diálogo, e a fragilização do atendimento em rede nesse cuidado, tornando o CAPS não o centro de uma rede de atenção, mas sim o único equipamento para atender (conter) o sujeito – isso, é claro, quando ele não é, eventualmente, internado em um hospital psiquiátrico. Em outras palavras, uma RAPS frágil leva à falta de opções para sustentar conjuntamente um cuidado à crise<sup>36</sup>, e o resultado disso é que, para um CAPS que atende em uma lógica manicomial e biomédica, a imediata internação e o uso do hospital psiquiátrico são os únicos recursos para manejar uma crise que não conseguiu ser manejada de outra forma.

O estudo de Martins<sup>2</sup> (2017) também aponta para questões síncronas às apresentadas acima. Para além do desamparo em relação ao cuidado em rede, há também um processo parecido dentro do próprio CAPS, pois há uma falta de construção coletiva de saberes entre os profissionais de diversas áreas que atuam dentro desse equipamento; o saber biomédico pauta os atendimentos, a lógica de cuidado, havendo aí, portanto, uma hierarquização de saberes – o médico manda, obedece quem tem juízo (para resolver o problema de quem “não tem juízo?”); tal rigidez hierárquica também leva a uma prática engessada, pautada estritamente no protocolo, o que torna difícil que haja uma preocupação com a singularidade de cada usuário. Essas práticas, explica a autora, também se relacionam com a medicalização, a primazia do psicotrópico como medida de cuidado do usuário – ou, na verdade, de contenção, e de redução do sujeito ao biológico. Além disso, lançar mão da contenção química, da sedação do usuário, para que ele não tenha uma crise grave demais, também pode mostrar um sinal de que não se sabe o que fazer com o usuário em crise, pois alguns profissionais dos CAPS esperam que esse serviço sirva apenas para usuários mais estabilizados.<sup>36</sup>

O estudo de Bandeira e Onocko-Campos<sup>37</sup> (2021), que inclui relatos de usuários que deixaram de ser atendidos em CAPS, demonstra as fragilidades do cuidado precarizado de alguns desses serviços, evidenciando grandes dificuldades no cuidado em rede, uma vez que foi relatada com certa frequência a descontinuidade do cuidado de usuários após o atendimento às situações de crise no CAPS, que não conseguiram uma atenção que atendesse às suas necessidades em outros equipamentos, como os da atenção básica. Em outros casos, houve uma dificuldade significativa no estabelecimento do vínculo entre o CAPS e o usuário, indicando, inclusive, que houve problemas na elaboração de um Projeto Terapêutico Singular

– sendo que em alguns casos, nem se quer essa elaboração aparenta ter ocorrido, de fato. A falta de um PTS também foi marcante nos momentos de internação psiquiátrica, que ocorriam com alguns casos em que o usuário estava em uma situação de crise, ou seja, não só não havia uma proposta longitudinal para essa internação, também não havia uma continuidade para o tratamento do usuário após essa internação, como se ali fosse apenas um destino final para cuidar da crise, cuidado esse apenas à base de medicamentos.

Ainda acerca do papel do hospital psiquiátrico na atual conjuntura, Sousa e Jorge<sup>38</sup> (2019) discorrem sobre o paradoxo da coexistência entre os manicômios e o modelo de Reforma Psiquiátrica, e que, apesar de uma parcela de profissionais abordados não reconhecerem esses hospícios como parte da RAPS, houve um aumento considerável de internações nos hospitais psiquiátricos desde as políticas recentes que os reintroduziram e relegitimaram como fazendo parte dessa rede. Cada vez mais, para os autores, a internação vem deixando de ser apenas um último recurso, e se tornando uma ação mais corriqueira, algo de que os profissionais do CAPS lançam mão quando uma crise se torna intensa, ligeira e aparentemente insustentável. Considerando, portanto, este texto, juntamente das outras literaturas acima citadas, não só há uma manicomialização do CAPS, mas um retorno mais escancarado do próprio manicômio.

No entanto, a literatura recente também tem apontado para novas experiências para lidar com a crise psíquica, dos quais se destacam o Diálogo Aberto e os grupos de Ouvidores de Vozes, ambas buscando uma desinstitucionalização no cuidado, e desenvolvidas fora do Brasil na década de 80, mas com trabalhos importantes de adaptação desses métodos para o contexto brasileiro.

Kantorski e Cardano<sup>39</sup> (2017) falam sobre o Diálogo Aberto, método desenvolvido na Finlândia para atender sujeitos em crise psicótica e evitar a institucionalização destes, focado no contato imediato com o usuário dentro das primeiras 24 horas após a situação de crise para evitar internação e medicalização, na articulação com a família e com a rede social, e dentro das reuniões estabelecidas, ouvir todas as vozes presentes na situação de crise, de modo que qualquer decisão em relação ao tratamento seja decidida de forma conjunta e organizada entre todos os participantes, em vez de uma decisão vertical pautada pelo saber profissional.

Deve-se enfatizar, ainda, a importância de atendimentos flexíveis, adaptados para as diversas necessidades de cada usuário e família, e de preferência na própria residência do usuário; assim como o método de atendimento não deve ser rígido, a duração do tratamento também não o deve ser, e sua continuidade deve durar o tempo necessário para cada usuário. Por fim, há ainda o fator da responsabilização, do profissional contatado no momento da crise,

na organização do primeiro encontro, como da equipe que trata acerca do tratamento, a partir desse ponto. Com isso, temos os princípios do Diálogo Aberto<sup>40</sup>.

Colocar em prática este modelo de atenção, segundo os autores, requer não só uma mudança de paradigma, inclusive em nível cultural, acerca dessa verticalidade, mas também uma mudança na forma como os serviços estão estruturados, para que o contato imediato com o usuário possa ser efetivamente realizado, além de uma capacitação adequada da equipe profissional. Além disso, segundo Dias<sup>41</sup> (2018), para aplicar esta metodologia no Brasil, é importantíssimo fazer uma adaptação para o contexto e a realidade de nosso país, adaptação essa que foi feita na experiência relatada no artigo, e que aponta para uma forma de manejo de crise muito promissora, capaz de cumprir essa tarefa tão difícil conseguindo evitar a medicalização e a internação psiquiátrica.

O Movimento de Ouvidores de Vozes, sobre o qual Corradi-Webster et al.<sup>42</sup> (2021) dissertam, surgiu na Holanda, e entende que a experiência de ouvir vozes é natural, independentemente de uma pessoa ter algum diagnóstico de psicose, e que esse é um fenômeno vinculado ao contexto de vida da pessoa, incluindo fatores emocionais e sociais. Em vez de suprimir essas vozes, portanto, o objetivo do movimento é promover uma compreensão acerca delas, sobre o porquê de elas terem surgido e o que elas querem dizer. O artigo fala sobre uma experiência de grupo de Ouvidores de Vozes que ocorre desde 2015 em um CAPS, que foi capaz de promover discussões importantes sobre a aceitação daqueles que ouvem vozes – tanto a compreensão das vozes, quanto a desestigmatização de quem as ouve. Segundo Rufato et al.<sup>43</sup> (2021), “[...] a partir dessa exploração das experiências, os pares colaboram para a construção de novas formas de olhar para elas e, conseqüentemente, novas formas de agir. Ademais, compartilham estratégias para manejo das vozes em situações mais desafiadoras”, o que significa que, mesmo que, diferentemente do Diálogo Aberto, o grupo de Ouvidores de Vozes não seja direcionado a sujeitos em crise, as construções coletivas nesse grupo são capazes de proporcionar estratégias de cuidado à crise que se oferecem como alternativa muito mais humanizada que a lógica biomédica e manicomial.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando a situação muitas vezes grave de uma crise psíquica, analisar este aspecto da RAPS do município nos trará compreensão de diversos aspectos importantes de seu funcionamento, de um modo geral, principalmente em relação à articulação dos serviços que compõem a rede. Além do aspecto mais amplo, da relação entre os serviços, a atenção à crise é um tema de grande relevância para analisar o quão implicados com a lógica psicossocial e a reforma psiquiátrica estão os equipamentos e seus profissionais; será que há uma grande implicação e dedicação a um atendimento à crise mais humanizado? Ou será que há uma perigosa aproximação com a prática biomédica e manicomial?

Ao se conhecer quais são os limites e as potencialidades do atendimento à crise em saúde mental, é possível identificar quais são os principais pontos que devem ser alterados, que devem sofrer alguma intervenção, e quais aspectos devem ser incentivados, para melhorar a qualidade desse atendimento, e, portanto, melhorar a capacidade da RAPS como um todo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Conhecer a articulação e a lógica de cuidado ofertada pela RAPS de Francisco Morato para o atendimento a situações de crise e urgência-emergência em saúde mental, seus entraves e potencialidades.

#### **3.2 Específicos**

- Conhecer o papel de cada ponto de atenção na identificação e atendimento às situações de crise (crise psicótica, tentativas de suicídio, overdose ou crises de abstinência ligadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, situações de abuso e violência intrafamiliar), a articulação entre estes serviços e parcerias existentes;
- Conhecer a lógica do cuidado ofertada às situações de crise em saúde mental, nos diferentes pontos de atenção da RAPS de Francisco Morato, seus limites/entraves e potencialidades

## 4 ARTIGO

### 4.1 Introdução

Dentro do tema da saúde mental, a crise é um assunto de grande relevância, considerando o caráter polissêmico do conceito. Em uma possível definição, segundo material do Ministério da Saúde, a crise é, essencialmente, uma situação de desorganização do sujeito<sup>1</sup>. No entanto, esse conceito é construído historicamente ao longo dos séculos, assim como a própria loucura à qual a crise se associa. Pode-se dividir a compreensão desse fenômeno em duas visões: a biomédica/manicomial\* e a psicossocial<sup>2</sup>.

Para a visão biomédica/manicomial, a crise era uma manifestação de loucura, e, contida em manicômios, instituições cujo objetivo não era o de promover cuidado ao sofrimento, nem uma cura, mas sim afastar o louco da sociedade, pois ele não era produtivo<sup>3</sup>. Ao longo do tempo, o saber psiquiátrico desenvolve-se, a partir do Séc. XVIII<sup>2</sup>, buscando uma abordagem organicista ao problema da crise e da loucura, agora tratado como doença, e promove práticas biomédicas dentro dos manicômios, a partir, por exemplo, da medicalização, visando remover a causa da sandice do louco, e alcançar a homeostase<sup>4</sup>.

A visão psicossocial contrapõe-se a essa abordagem, baseando-se em uma atenção ao sofrimento psíquico pautada nos vínculos, na escuta ao sujeito, e estabelecendo uma relação entre os profissionais com o usuário, seus familiares e a sociedade<sup>5</sup>. Deste modo, há um caráter comunitário, dialógico, multiprofissional e interdisciplinar à atenção psicossocial. Além disso, há uma compreensão da crise como relacionada com a história de vida do sujeito, com os vários fatores que afetam sua vida, incluindo fatores econômicos e sociais<sup>6</sup>.

Portanto, surge a necessidade de criar outros dispositivos que possam atender à crise de forma territorial e comunitária<sup>6</sup>. Vários movimentos que se opuseram à psiquiatria clássica, a partir da década de 1950, buscaram novas formas de lidar com a crise, incluindo a psiquiatria democrática italiana, propondo o fim do manicômio, sendo este visto como instituição de opressão, incapaz de promover cuidado aos seus encarcerados, pois a liberdade é fundamental para o cuidado<sup>7</sup>. Esse movimento influenciou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, também visando o fim do manicômio, que tinha proposta eugenista, era uma ferramenta de colonização, que excluía e exterminava pretos, pobres, prostitutas, epiléticos, entre tantos

---

\* O binômio biomédico/manicomial foi escolhido para nomear, ao longo do artigo, a lógica de cuidado que até hoje opera na atenção à Saúde Mental, que apoia-se na vertente da psiquiatria clássica de remover/ocultar sintomas a partir de práticas biomédicas, e na proposta manicomial de encarceramento, de atender indivíduos sem o contexto territorial, pautado em relações sociais, ou seja, afastado da sociedade. Para facilitar a leitura e a explicação, optou-se utilizar-se desse binômio para representar toda essa lógica.

outros<sup>8-10</sup>.

A Reforma Psiquiátrica, que ocorreu juntamente com os movimentos de Reforma Sanitária, a partir da década de 70, confrontavam o modelo biomédico privatista que vigorava na saúde do país como um todo, e, entre as demandas de uma saúde mais democrática, também estava inclusa nisso a saúde mental. Essas lutas antimanicomiais levaram a novas experiências de cuidado à saúde mental no Brasil, incluindo a atenção à crise com atendimentos comunitários e territoriais<sup>11</sup>. Essas experiências serviram como base para a atenção em Saúde Mental no Sistema Único de Saúde, desenvolvido na redemocratização do país.

Os leitos em hospícios começaram a ser substituídos por outros serviços, seus encarcerados sendo progressivamente libertos para serem atendidos de forma comunitária, e os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) passaram a servir de modelo para um atendimento psicossocial em Saúde Mental. Portanto, a crise também passa a ser pensada de outra forma: como uma desorganização do sujeito, algo da ordem das relações deste com terceiros, considerando todos os recursos (materiais, sociais, psíquicos, emocionais, etc.) que o sujeito tem disponível, e a atenção à crise não deve ser reduzida à mera supressão sintomatológica executada pelo especialista biomédico, mas sim promover um acolhimento comunitário à crise, em uma rede de apoio promovida por vários serviços e sujeitos<sup>1, 5, 11</sup>. Institui-se, eventualmente, a portaria 3088/2011, que cria a Rede de Atenção Psicossocial, cuja proposta é a de organizar os serviços de vários níveis de atenção de modo a melhor proporcionar essa atenção psicossocial à saúde mental<sup>12</sup>.

No presente momento, todavia, torna-se cada vez mais evidente que o modelo hospitalocêntrico e biomédico da atenção à saúde mental ainda não foi completamente superado, por dois principais motivos. O primeiro é devido a políticas reacionárias que diminuem o caráter psicossocial do atendimento à saúde mental no SUS, em prol do retorno do protagonismo de hospitais psiquiátricos e instituições análogas a manicômios (como as comunidades terapêuticas)<sup>13, 14</sup>, e, de fato, houve um aumento, nos últimos anos, de internações psiquiátricas, indicando que este vem se tornando cada vez mais um destino para usuários cujas crises não conseguem ser manejadas<sup>15</sup>.

O segundo motivo refere-se a uma espécie de transformação dos CAPS, que deveriam ser os substitutos dos hospícios, em pseudomanicômios, com pacientes medicalizados em demasia e cronificados. Isso é algo que pode ser visto na atenção à crise, quando técnicos decidem lançar mão da contenção física e/ou química como primeira estratégia de manejo<sup>16</sup>. Há também a tendência de CAPS se tornarem cada vez mais fechados em si, centralizadores

do cuidado, em detrimento da participação de outros pontos da RAPS, da comunidade e do território, e, dentro desses CAPS encapsuladores, o saber biomédico tende a tomar protagonismo no atendimento, desvalorizando as contribuições de outros saberes e outras lógicas de cuidado e aproximando-se cada vez mais da vertente organicista clássica da psiquiatria<sup>2, 16, 17</sup>.

Portanto, a conjuntura atual apresenta diversos retrocessos e desafios na atenção à crise psíquica, não apenas da manicomialização dos CAPS, mas também do próprio retorno escancarado do manicômio, em suas diversas facetas. Ainda assim, existe o desenvolvimento de importantes práticas e abordagens de cuidado psicossociais, que buscam atender o sofrimento mental, situações de crise e seus desdobramentos, de modos mais comunitários e democráticos, como o Diálogo Aberto<sup>18</sup> e o movimento Ouvidores de Vozes<sup>19</sup>, metodologias estrangeiras que tiveram experiências de adaptação no Brasil. Com o existente conflito da coexistência do retrocesso manicomial e uma atenção psicossocial sucateada, mas que ainda almeja se sustentar enquanto prática de saúde, é importante voltar nosso olhar para compreender qual é a situação atual das RAPS de diversos pontos do nosso país, se quisermos saber como intervir para que os hospícios não retomem uma posição definitivamente hegemônica na saúde mental.

## 4.2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, efetuada como etapa prática para a formação enquanto especializando do Instituto de Saúde, que, em um projeto em parceria com um município da Grande São Paulo, ofereceu uma assessoria diagnóstica da situação do SUS no município, com eixos diferentes de pesquisa para cada setor da saúde. No que compete o eixo da Saúde Mental, do qual este estudo faz parte, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas com a gestão da área de saúde mental e gerentes de equipamentos do SUS – da atenção básica, atenção especializada (CAPS Adulto II, CAPS AD, CAPS IJ, Núcleo de Violência) e da urgência/emergência – que fazem parte da RAPS, para compreender melhor as características dos serviços e da atenção à saúde mental oferecida por estes. As entrevistas foram efetuadas com alguns participantes na modalidade online, e com outros, presencialmente, a depender de fatores como a disponibilidade dos participantes. Em todas as entrevistas, foi efetuada a leitura, por nossa parte, e a assinatura, por parte do entrevistado, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

A compreensão é a principal atividade que deve ser efetuada a partir da análise qualitativa

– compreender a partir da fala do outro, neste caso – e, após isso, organizar o material coletado e tipificá-lo<sup>20</sup>. Tal processo foi feito a partir da categorização dos conteúdos do roteiro, ou seja, o que se queria descobrir com as perguntas formuladas, e também das próprias respostas de entrevistados; portanto, houve uma leitura horizontal e uma leitura transversal do conteúdo. O processo de análise do conteúdo envolve considerar tanto o material teórico, como o apresentado na introdução, quanto o contexto em que o conteúdo da entrevista foi coletado<sup>21</sup>.

As categorias selecionadas para a análise das entrevistas foram duas: papel de cada serviço e articulação, relacionada ao modo como os equipamentos de saúde se enxergam na atenção à crise, se dispõem e se conversam para esse atendimento, ou seja, se trata do arranjo e da estruturação da rede; e lógica de cuidado, relacionada ao modo como cada equipamento vai ofertar o cuidado em saúde mental em relação à crise, o que perpassa a lógica por trás da compreensão do que é crise, e o modelo de atenção que pauta a prática em saúde. A leitura transversal dos conteúdos da entrevista apontou para a importância de dividir esta segunda categoria em duas subcategorias: lógica biomédica e lógica psicossocial, ou seja, os dois principais modelos de atenção à saúde mental, e que muitas vezes coexistem no SUS, como foi explicado na introdução.

### **4.3 Resultados e Discussão**

Considerando as categorias de análise, e os objetivos deste estudo, vamos falar sobre a articulação dos diversos pontos da RAPS municipal, e a lógica do cuidado que estes oferecem. Para tanto, vejamos como cada serviço entende e percebe qual é seu papel na atenção à crise.

O serviço de urgência e emergência, por exemplo, parece bem preparado para atender às demandas que, a seu ver, lhe competem, ou seja, investigar a saúde biológica do sujeito, buscando possíveis causas orgânicas para a crise, e avalia se será necessário encaminhá-lo ao CAISM, para uma investigação e cuidado mais detalhados e de natureza psiquiátrica para as situações agudas em saúde mental, ou se, após a contenção, poderá ser encaminhado para um cuidado psicossocial, como os CAPS, caso sua queixa seja leve ou moderada. A UPA, portanto, cumpre o papel de realizar um atendimento preliminar às situações de crise, na sua contenção, na avaliação de risco, no atendimento às questões orgânicas associadas, e, quando necessário, no encaminhamento a outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades identificadas.

Os CAPS, por sua vez, sustentam seu papel de promover uma escuta à crise, seja de um usuário que chega pela primeira vez ao serviço nessa situação, ou de um usuário que já

frequenta o CAPS. Há um destaque para a avaliação de risco nesse processo de escuta inicial, de modo a determinar se será possível fazer esse manejo de crise dentro do CAPS, ou se será necessário ativar outro ponto da rede para dar continuidade a esse processo; no caso, principalmente a UPA/Santa Casa. É importante ressaltar a ausência de CAPS III no município, e essa ausência é sentida na RAPS: não há um serviço de retaguarda, com leitos e atendimento 24h, que seria fundamental no cuidado integral à crise, e o CAPS III cumpriria tal função. Devido a certas barreiras no atendimento à crise por parte dos CAPS, incluindo o horário, que é apenas diurno, a falta de profissionais, que leva a equipes incompletas, e a extensa demanda de usuários, recorre-se com mais frequência ao atendimento da UPA/Santa Casa para a atenção à crise, e para os casos mais complexos e que exigem mais tempo para que o usuário se reorganize, também é acionado o CAISM. Vale salientar – as equipes do CAPS não conseguem realizar atendimento intensivo devido à altíssima demanda de usuários em relação à baixa quantidade de profissionais, e tal atendimento é de grande importância em situações mais críticas.

Para o equipamento de atenção básica, a USF, no entanto, encontramos uma situação bem diferente, uma vez que este não se vê como possuindo um papel específico no cuidado aos usuários com sofrimento mental, e tampouco na atenção à crise. Pode-se ainda dizer que esses equipamentos não estão preparados para atuar na RAPS, e, portanto também estão despreparados para lidar com questões de cunho psíquico, incluindo a crise psíquica. Nesse tipo de situação, portanto, prioriza-se o encaminhamento para outros serviços.

*“[...] quando tem esses casos, a gente acaba ficando muito sem saber como lidar, [...] quando tem, por exemplo, pacientes em surto [...]” – AB.*

Considerando esta fala, faz-se importante lembrar de que não há serviço da rede exclusivamente responsável por acolher a crise, pois ela deve ser acolhida no ponto em que ela ocorrer<sup>12</sup>. Além disso, é importante que, para um atendimento, um cuidado, psicossocial à saúde mental, haja um olhar de natureza territorial – eis porque é fundamental que a atenção básica também participe das ações de saúde mental no SUS, e, logo, deve se incluir, nessas ações, a atenção à crise<sup>1</sup>. Deste modo, também é importante que a atenção básica saiba o que fazer nessas situações, e sirva, sim, como uma porta de entrada da RAPS ao sujeito que se encontra em crise.

No momento, vale apontar que essa percepção dos próprios serviços em relação a seu papel na atenção a crise nos aponta para questões importantes em relação à articulação da RAPS neste âmbito, especialmente em relação ao fluxo nessa rede, uma vez que há uma grande discrepância entre a percepção do serviço de urgência/emergência, a UPA, acerca do

fluxo, e a percepção da atenção básica.

*“[...] Não tem, né? Se o paciente chegou aqui em surto, os médicos não sabem lidar [...] .  
Aí eu chamo uma ambulância, leva para onde?” – AB.*

*“[...] o sistema funciona muito bem, sistema de avaliação da saúde mental na região, se seguir o fluxo direitinho não temos barreira nenhuma.” – UE.*

Dissecando essas falas, percebemos que os entrevistados não estão falando do mesmo fluxo; sequer estão falando de uma linha de cuidado municipal. O fluxo descrito pelo serviço de urgência/emergência se refere especificamente àquele estabelecido por essa unidade, em parceria com o serviço de internação psiquiátrica; o fluxo existente entre serviço de urgência e serviço de internação psiquiátrica funciona perfeitamente (pelo menos, seguindo uma lógica biomédica, que possui grande influência no trabalho exercido pela UPA), segundo este gerente, já que há uma interlocução estabelecida entre esses dois pontos, e ele entende como claro seu papel na atenção à urgência/emergência. Ou seja, ele sabe o que fazer e a quem recorrer. No entanto, esse fluxo não parece estar acordado com os outros pontos de atenção, não foi feita uma pactuação em rede. Apresenta-se, portanto, um contraste com a atenção básica, que não sabe o que fazer com o usuário em crise, e não se percebe com um papel específico neste fluxo. Essa situação se coloca em oposição ao preconizado pela portaria da RAPS, que considera necessário que todos os pontos de atenção façam parte da atenção à crise em saúde mental, incluindo a atenção básica, considerando a importância do caráter territorial nesse atendimento<sup>12</sup>, além da importância do acolhimento e da compreensão inicial do contexto que desencadeou a crise<sup>13</sup>.

A literatura também aponta para a desarticulação, na RAPS, entre os serviços de urgência/emergência e outros pontos de atenção<sup>17</sup>, incluindo os CAPS, que, por sua vez, segundo os dados coletados, também acabam se encontrando alheios a esse fluxo, quando, por exemplo, não ficam sabendo quando um de seus usuários é internado, caso a avaliação psiquiátrica feita no serviço de internação psiquiátrica conclua que há necessidade de internação, mas não chega a comunicar os outros serviços da rede municipal, sejam os da atenção básica ou os da atenção especializada, e tais serviços deveriam dar continuidade ao cuidado. A dificuldade de comunicação entre esses pontos da rede foi mencionada como um ponto que precisa ser melhorado.

Ainda sobre a questão do fluxo, um dos entrevistados do CAPS comentou sobre a questão do papel da atenção básica no fluxo, e como isso afetaria seu próprio serviço: *“[...] Então há um medo dos próprios técnicos da básica, e, aí, quebra esse fluxo, o fluxo vira CAPS direto, e é o CAPS que vai fazer a triagem e entender se isso volta pra básica, se isso vai pro*

*ambulatório, ou se permanece no CAPS.” – AE3*

Ou seja, a atenção básica, segundo os entrevistados de outros pontos de atenção, está aquém do preconizado em seu cuidado ofertado na área da saúde mental. Dito isso, mais importante do que aceitar isso como um fato cristalizado, é entender o porquê de isto ocorrer no município. A explicação, segundo múltiplas entrevistas, é simples: a demanda em saúde como um todo que chega à atenção básica é tão grande, com tantos usuários que precisam ser atendidos, que, ao avaliar a necessidade de fazer um cuidado em saúde mental, esses equipamentos preferem encaminhar os usuários com tais demandas aos equipamentos especializados da rede, ou seja, os CAPS, para que a atenção básica consiga diminuir, ao menos um pouco, sua já sobrecarregada demanda. Os CAPS, por sua vez, no entanto, também tem dificuldades em atender essa quantidade elevada de usuários, tendo em vista que seus recursos humanos estão aquém do adequado, com equipes profissionais incompletas.

A alta taxa de usuários que deveriam ficar na atenção básica, mas são atendidos na atenção especializada, sobrecarregando as demandas de ambos os equipamentos, indica que não há atendimento conjunto, em rede. Isso, por sua vez, leva a uma pior qualidade da atenção, além de prejudicar a longitudinalidade e integralidade do cuidado, acarretando em uma atenção apenas pontual para uma parcela considerável da população. Fica evidente que esse modo de funcionamento não é de acordo com aquilo que é preconizado na RAPS, mas, considerando as dificuldades de atender a toda a população, essa é a solução que os serviços da rede acabam empregando. Tal monopolização da saúde mental, por parte do CAPS, aproxima o serviço de uma instituição total<sup>24</sup>, contrariando seu propósito psicossocial; por mais que a intenção, por parte da gestão, não seja ter um monopólio sobre a atenção à saúde mental, e que isso seja um reflexo das vicissitudes da atenção básica, essa conjuntura é digna de nota.

Ainda acerca do papel da atenção básica na atenção à crise, é importante considerar a relevância do matriciamento para este processo, especialmente quando esse é um elemento trazido em uma entrevista, de que o matriciamento providenciado pelos equipamentos especializados em saúde mental foca em usuários estabilizados, de modo que, ao não abordarem a questão do cuidado a usuários em crise, os profissionais da USF relatam se sentir muito despreparados para essas situações. Diga-se de passagem, as entrevistas também reportaram quais são as dificuldades de articular o matriciamento com a atenção básica, sendo uma delas justamente a alta taxa de usuários na atenção especializada para uma carga horária e um número de profissionais insuficiente para atender às demandas clínicas e ao matriciamento.

*“[...] a gente quase que dobrou o número de usuários em CAPS, então se antes era possível deixar um espaço na agenda dos profissionais para essas articulações com essas UBS, [...] hoje não é mais, porque eu não tenho agenda pra liberar esses profissionais.” – AEI*

A literatura aponta para a importância do matriciamento também abordar a atenção à crise, tendo em vista que, com um cuidado psicossocial, é possível evitar que usuários sejam desnecessariamente internados ou levados a ambulatórios, ou até mesmo contidos física ou quimicamente, uma vez que se evita o aumento da gravidade do quadro do usuário a partir de uma escuta e um cuidado qualificado pautado na lógica psicossocial, promovida pelo matriciamento.<sup>25</sup> Destaca-se, ainda, no mesmo texto, a importância do território nesse processo de cuidado, tendo em vista que a lógica psicossocial pauta-se no atendimento em liberdade, e compreende o vínculo do usuário com o território como um fator que não pode ser ignorado na atenção à saúde mental. A parceria entre CAPS e a Saúde da Família via matriciamento deve proporcionar uma atenção territorial à crise<sup>25</sup>, em vez de prontamente encaminhar os usuários em crise para internações psiquiátricas, que é justamente o que aparece na entrevista com a gerente da USF – para quem o CAISM deveria ser a principal alternativa; esta é uma opinião que aponta para uma perspectiva asilar do cuidado em saúde mental, o que nos mostra como uma lógica de cuidado asilar pode coexistir com uma lógica psicossocial.

É importante aqui ressaltar o que, afinal, é um cuidado à crise na lógica psicossocial – é um cuidado em rede, interdisciplinar, que proporciona um espaço seguro e acolhedor para atender o usuário e sua crise, com um atendimento a partir do diálogo, que busca entender qual o sentido desta crise para o sujeito, ou seja, entende essa crise também como uma oportunidade, o que, desse modo, introduz também a importância de atendê-la quando ela acontece, ou o mais próximo disso<sup>26</sup>. Considerando o que tratamos quando falamos de lógica psicossocial, partimos, portanto, do assunto da articulação para nos debruçarmos com detalhes na lógica de atenção dos serviços. A coexistência dessas duas lógicas de cuidado – a biomédica/manicomial e a psicossocial – é algo recorrente no município, seguindo uma tendência indicada pela literatura<sup>15</sup>.

Retomemos, por exemplo, a perspectiva do gerente da UPA: os fluxos funcionam, e, se forem seguidos, sempre trarão boa resolutividade dos casos atendidos. Além da questão do fluxo mencionado não ser o fluxo da RAPS como um todo, mas sim do serviço de urgência com o CAISM, há também de se considerar as implicações de tamanha devoção ao fluxo. Mesmo que um fluxo de atenção possa promover uma potencialidade no cuidado graças a

uma articulação mais qualificada – articulação essa que parece faltar na RAPS como um todo – fica a questão de o quão intensa é essa relação do ambulatório com o fluxo, a ponto de levar a um reducionismo no cuidado; como se todos os complexos processos subjetivos envolvendo o sujeito em crise pudessem ser manejados com uma resposta focada em uma gestão do fluxo. Essa abordagem em saúde pode ser associada com a figura de um síndico de condomínio, apontando para os perigos do reducionismo do cuidado em saúde como se fosse apenas uma questão de gestão, o que pode justamente deixar escapar a dimensão subjetiva<sup>27</sup>; essa abordagem aproxima-se, então, do modelo hospitalocêntrico. Vale deixar um aviso – não é que não existam problemas de gestão no que se refere à atenção à crise, problemas esses que, portanto, devem ser resolvidos também a partir da gestão; o que se coloca aqui é problematizar um paradigma que reduz toda a imensa complexidade subjetiva e contextual da crise a uma mera questão protocolar.

Ainda assim, é possível ver também aspectos psicossociais na atenção à urgência/emergência, e um desses aspectos é o de evitar a medicalização como forma de tamponar e conter os conteúdos da crise, pois se busca um entendimento desses conteúdos, desses sintomas. Desse modo, há uma priorização do manejo da crise pela via do diálogo, e as contenções físicas e químicas são últimos recursos para esse serviço. Apesar do caráter muitas vezes gerencial e biomédico que o equipamento parece tender a privilegiar, esta posição frente à crise é um ponto positivo para a ampliação de práticas psicossociais na RAPS.

Nos equipamentos de atenção especializada também vemos a primazia do diálogo como estratégia de manejo de crise, pareado com uma escuta qualificada e uma avaliação de risco, de modo a tentar entender se dada situação é passível de ser conduzida pela via do diálogo e manejada dentro do próprio equipamento, ou se é necessário que a crise seja manejada em um serviço de urgência/emergência.

*“Vai ter sempre um outro técnico junto para ir conversando com o paciente. Se é uma crise que a gente percebe que no diálogo dá para dar conta, ele vai permanecer aqui em acolhimento [...] vai permanecer no equipamento até a gente perceber que está estável [...].”*  
– AE3

Além disso, relata-se a partir das entrevistas com os gestores desses equipamentos que nem toda crise precisa ser manejada por via farmacológica, e eles entendem que práticas como a contenção física/química do usuário e a internação psiquiátrica são sempre últimos recursos, especialmente a internação, que os entrevistados relatam como uma medida arriscada, e até mesmo contraprodutiva.

*“Porque ele [o usuário internado] pode criar uma carreira de internações, com o tempo,*

*e é muito violento, então é importante que tenha um planejamento, para que isso não se repita tantas vezes, para que isso não fique parecendo que é cuidado, porque não é.” – AE2*

*“Então é uma modalidade de intervenção que eu penso que é perversa, na tentativa de garantir algum direito, você tira dele o direito de voltar a tratar no CAPS. [...] Por romper o vínculo e tornar o CAPS algoz dessa situação, ele não volta mais.” – AE3*

O que temos aqui é um ponto positivo considerável, que é a tentativa de manejo à crise de maneira psicossocial, conforme preconizado pela reforma psiquiátrica. No entanto, temos também uma questão um tanto quanto complexa envolvida nesse processo, pois há, por um lado, a preocupação, por parte dos CAPS, de não querer monopolizar a saúde mental, reconhecendo a importância dos demais pontos de atenção da rede, mas, por outro lado, há uma fragilidade na articulação da rede, que entendem a crise como algo complexo e difícil demais para não ser atendido por outro serviço, que não os da atenção especializada, e que esse atendimento deve ser de natureza biomédica. Essa perspectiva leva a um maior número de encaminhamentos, em detrimento da possibilidade do atendimento em conjunto.

Uma situação que exemplifica essa questão é que, por vezes, encaminhar um usuário em crise para um serviço de urgência exige um encaminhamento feito por um médico do serviço, diretamente para o médico da urgência, como se fosse necessário apelar para a autoridade do poder biomédico para poder garantir a validade daquele encaminhamento, daquele procedimento. Desse modo, as dificuldades de articulação, além de fazerem com que a atenção especializada atenda mais demandas em saúde mental do que deveria, também limitam, de algum modo, o manejo da crise.

Outra dificuldade na possibilidade de escutar o sujeito em crise, relacionada a essa sobrecarga de usuários, é a de conseguir acolher o usuário no momento em que a crise está acontecendo, o que é de suma importância para uma resolução mais ágil e qualificada para um episódio de crise<sup>28</sup>. Segundo uma das entrevistas com profissional da atenção especializada, há uma dificuldade em sempre ter porta aberta às situações de crise:

*“[...] um serviço de portas abertas, com as suas dificuldades, muitas dificuldades, de sustentar atenção à crise com as portas abertas. [...] Não consegue fazer, às vezes, o acolhimento no dia, e consegue agendar para uma data mais próxima, daqui a dois dias, daqui a uma semana [...]” – AE2*

A literatura aponta para a importância de acolher à crise o mais rapidamente possível, não só no território em que ela ocorre, mas também naquele espaço de tempo; esse é um aspecto prioritário para o Diálogo Aberto, por exemplo<sup>18</sup>, que serve de exemplo positivo para um atendimento psicossocial à crise. A alta taxa de usuários nos CAPS, que faz com que os

profissionais tenham menos possibilidades de manejar a crise no momento em que ela ocorre, acaba tendo um efeito deletério na proposta de atendimento psicossocial à saúde mental; de fato, com o recorrente impacto dessa sobrecarga, podemos ver uma aproximação dos equipamentos de saúde mental com a lógica do manicômio, que abarca uma alta quantidade de pessoas para serem atendidas.

Além da dimensão temporal, a espacial também é de grande importância para a atenção à crise, e nesse aspecto também há uma aproximação da prática atual dos serviços do SUS atualmente com a lógica manicomial, uma vez que, como a ação territorial por parte da atenção especializada está muito precarizada, e a atenção básica está pouco presente no atendimento à saúde mental, o caráter territorial da atenção à crise se perde. Uma vez que os equipamentos de atenção especializada ficam localizados no centro da cidade, os usuários que moram em regiões periféricas tem grande dificuldade de se deslocar para serem atendidos no centro, especialmente considerando o relevo da cidade e os problemas relatados acerca do transporte público<sup>29</sup>.

Portanto, como as USF costumam encaminhar as situações de crise para outros serviços no centro, perde-se tanto a riqueza da ação territorial, quanto a oportunidade de um cuidado ágil, feito o mais próximo possível do momento de crise. Isso não só prejudica as tentativas de promover uma perspectiva psicossocial na atenção à saúde mental, mas também faz com que a atenção especializada se apresente enquanto grande figura centralizadora do cuidado, o que, mais uma vez, coaduna esses equipamentos com a figura sombria do manicômio.

#### **4.4 Conclusão**

A lógica manicomial e biomédica continua permeando os dispositivos do SUS, de um modo geral, e no município em questão isso não é diferente. Os profissionais de saúde são afetados de modo a exercer uma lógica biomédica/manicomial porque ela nunca saiu do imaginário popular, e é também reforçada pela formação ofertada a esses profissionais<sup>17</sup>. Podemos ver como isso afeta a atenção básica, a atenção especializada, e a urgência/emergência em casos como os relatados neste artigo. Parece difícil se desvencilhar dessa arapuca biomédica, especialmente em uma região tão historicamente marcada pela presença de um hospício. Poderíamos dizer que o manicômio não foi superado, apenas recalçado, e que a persistência dessa lógica é como um retorno do recalçado, mas será que sequer houve recalque para esta região? Ou, quiçá, esse conteúdo ainda está tão presente, tão impregnado, que nem se chegou ao ponto de recalçamento?

No entanto, talvez ainda mais influente do que esse aspecto subjetivo, existem questões

muito concretas e materiais que dificultam a atenção psicossocial à crise. No cerne dessas questões, podemos localizar um fator decisivo: a falta de profissionais. As equipes da atenção básica e especializada estão incompletas, e a insuficiência de trabalhadores na atenção especializada traz muitas dificuldades para questões cruciais no atendimento à crise psíquica, como o matriciamento e a ação territorial. Já na atenção básica, o fato de o número de trabalhadores estar aquém em relação ao grande número de usuários que precisa acessar o serviço leva a uma sobrecarga, que, na prática, faz com que casos que demandem atenção em saúde mental, e que poderiam ser atendidos no nível da atenção básica, sejam prontamente encaminhados para outros pontos de atenção. Se eles já estão sobrecarregados com tantas outras coisas, porque não encaminhar a saúde mental para equipamentos que já existem no território, de atenção especializada?

Na prática, o que se pode ver é uma RAPS em processo de construção, que ainda está “engatinhando”, pegando emprestado o significante usado em uma das entrevistas para descrever a relação entre serviços da rede. Engatinhar nos refere à tenra infância, cuja etimologia nos remete à *infans-*, incapaz de falar. O que não se é dito nessa rede? Muita coisa, aparentemente, considerando que a falta de comunicação entre todos os serviços ainda é um empecilho para uma boa articulação.

Quanto às potencialidades da RAPS, a disposição dos profissionais para tentar propor um cuidado psicossocial à crise é um destaque. Em muitos equipamentos, o diálogo é a principal estratégia de cuidado, e evita-se, tanto quanto for possível, lançar mão de práticas tais quais a internação psiquiátrica e a medicalização. É relevante falar dessa atitude dos profissionais, pois uma barreira para a implementação de um cuidado cada vez mais alinhado com o projeto psicossocial é a série de mudanças políticas que se propõem a reverter os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica, mudanças alinhadas com um projeto neoliberal, por um governo de extrema direita, saudosista em relação à ditadura militar<sup>14, 15</sup>. Nesse sentido, há uma disputa política similar à da década de 70 e 80; a política é feita pelas pessoas que participam dessa luta, em vez de ser uma força abstrata, sem concretude. Com a continuidade da luta pela Reforma Psiquiátrica, não é de se estranhar que, haja, de fato, aspectos da lógica manicomial entranhados em aspectos de natureza mais psicossocial na atenção à saúde mental do município, afinal de contas.

## 4.5 Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental. Brasília (DF); 2015. (Cadernos de atenção básica;34).

2. Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*. 2017;11(20):226-42.
3. Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978.
4. Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP*. 2007;6(1):31-44.
5. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
6. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha; 1991. p. 53-79
7. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 99-133
8. David ED, Vicentin MC. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde debate* [internet]. Out 2020 [acesso em 18 out 2022];44(spe3):264-77. doi: [doi.org/10.1590/0103-11042020e322](https://doi.org/10.1590/0103-11042020e322)
9. Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração; 2013.
10. Fanon F. Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968.
11. Amarante PD. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: Giovanella L, organizador. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p 735-759.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 30 dez 2011. Seção 1:230-32.
13. Cruz KD, Guerrero AV, Scafuto J, Vieira N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev Nufen Phenom Interd*. 2019;11(2):117-32.
14. Cayrez AZ. Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2020 [acesso em 27 out 2022]. doi: [doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-13042021-104849](https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-13042021-104849)
15. Sousa FS, Jorge MS. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trab educ saúde* [internet]. 2019 [acesso em 27 out 2022];17(1). doi: [doi.org/10.1590/1981-7746-so100172](https://doi.org/10.1590/1981-7746-so100172)
16. Krachenski NB, Holanda AF. Manejo de crise nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão sistemática de literatura. *Rev PsicoFAE*. 2019;8(1):23-42.
17. Zeferino MT, Cartana MH, Fialho MB, Huber MZ, Bertencello KC. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery* 2016;20(3):1-7.
18. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde debate* [internet]. mar 2017 [acesso em 27 out 2022];41(112):23-32. doi:[doi.org/10.1590/0103-1104201711203](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711203)

19. Rufato LS, Corradi-Webster CM, Sade RM, Reis GC, Bien C, Costa MN. Suporte de pares em saúde mental: grupo de Ouvidores de Vozes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2021;13(36):156-74.
20. Minayo MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*. 2012;17(3):621-626.
21. Alves ZM, Silva MH. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia*. 1992;(3):62-9.
22. Lima M, Dimenstein M. Matrix support in mental health: a tool for support in care in crisis situations. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):625-35.
23. Dias MK. Introdução. In: Dias MK, organizador. *Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios: os impasses na consolidação de uma atenção em rede*. Natal: EdUnP; 2013. p. 9-18 apud Lima M, Dimenstein M. Matrix support in mental health: a tool for support in care in crisis situations. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):625-35.
24. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
25. Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. Latinoam Psicopat Fund*. 2013;16(3):438-50.
26. Fialho MB. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. *Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*. 4. ed. Florianópolis: UFSC; 2015. p 11-67.
27. Dunker C. *Mal estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo; 2015.
28. Lobosque AM. Preparação apra o cuidado/manejo das pessoas em situações de crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. *Crise e urgência em saúde mental: o cuidado às pessoas em situações de crise e urgência na perspectiva da atenção psicossocial*. Florianópolis: UFSC; 2014. p 11-48.
29. Cabral JC. *Enraizamento, conscientização e produção do espaço em Francisco Morato*. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2016. Trabalho de Graduação Integrado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após um ano de pesquisa, teoria e prática, deixo registrado aqui a relativa incompletude deste trabalho, tendo em vista a impossibilidade de passar para o papel a complexa trama de dados, de variáveis, de elementos que interagem entre si, para formar toda a conjuntura da situação de saúde do município estudado, o que inclui o foco que elegi averiguar, a saúde mental, no que concerne a atenção à crise. Fatores socioeconômicos, políticos, geográficos, entre tantos outros, possuem grande relevância para a situação atual da RAPS. Fiz aqui o melhor que pude para relatar e analisar os dados coletados, e comunicar de maneira aprazível e objetiva os frutos desta pesquisa.

O que se destaca para mim nesta análise é a crise do cuidado à crise, que serve como janela para analisar a situação da saúde mental como um todo no nosso contexto atual. O perigo da lógica manicomial ainda está bem presente, porque essa lógica se reproduz na sociedade, a partir das pessoas, incluindo aqueles que já foram, são, ou ainda serão profissionais da saúde. Não é de se espantar esse “retorno” dos manicômios, quando eles sempre estiveram entre nós. Daí a relevância de identificar que aspectos da atenção à crise reproduzem essa lógica, para que esses aspectos possam ser revistos e retificarmos.

Há muito pelo o que precisamos lutar para afirmar a importância da prática psicossocial na saúde mental e na atenção à crise, continuar mantendo o legado das gerações passadas que lutaram pela Reforma Psiquiátrica, nos atualizando e revendo nossas práticas, adquirindo e desenvolvendo novos saberes e métodos que se pautem nos ideais de liberdade, e não de opressão, para garantir que a sociedade do futuro seja uma sociedade sem manicômios.

## 6 REFERÊNCIAS

- 1- Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizator. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha; 1991. p. 53-79
- 2- Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. *Mental*. 2017;11(20):226-42.
- 3- Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978. 608 p.
- 4- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974. 314 p.
- 5- David ED, Vicentin MC. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate* [Internet]. Out 2020 [citado 18 out 2022];44(spe3):264-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e322>
- 6- Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizator. A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 99-133
- 7- Ferigato SH, Campos RTO, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2007;6(1):31-44.
- 8- Assis M. O alienista. Petrópolis: Vozes; 2017. 81 p.
- 9- Berlinck MT. O método clínico – 1 [editorial]. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* [Internet]. 2007 [citado 17 out 2022];10(3):5-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142007003001>
- 10- Freud S. Obras completas, volume 2: estudos sobre a histeria. São Paulo: Companhia das Letras; 2016. 448 p.
- 11- Leite S. Histeria de conversão: algumas questões sobre o corpo na psicanálise. *Tempo psicanal*. 2012;44(1):83-102.
- 12- Mocarzel PL, Garcia RS. Histeria: algumas reflexões sobre as origens e a atualidade. *Cad. Psicanál*. 2008;30(21):219-31.
- 13- Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da Psicanálise. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991. 552 p.
- 14- Lacan J. O seminário, livro 03: As psicoses. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1988. 366 p.
- 15- Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração; 2013. 255 p.
- 16- Fanon F. Os Condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968. 275 p.
- 17- Sartre JP. Prefácio. In: Fanon F. Os Condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968. p. 3-21.
- 18- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 120 p.
- 19- Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. 132 p.
- 20- Amarante PD. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: Giovannella L, organizator. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p 735-759.

- 21- Cruz KD, Guerrero AV, Scafuto J, Vieira N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* 2019;11(2):117-32.
- 22- Ministério da Saúde (BR). *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 176 p.
- 23- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2011 Dec 26;247(seção 1):230-32.
- 24- Fialho MB. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizators. *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*. 4 ed. Florianópolis: UFSC; 2015. p 11-67.
- 25- Prefeitura do Município de Francisco Morato [Internet]. *Conheça a História*; [citado 25 out 2022]. Disponível em: <http://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/institucional>
- 26- Chagas CA. *A periferização da pobreza e da degradação sócio-ambiental na Região Metropolitana de São Paulo, o caso de Francisco Morato* [master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo; 2007. 146 p.
- 27- Cabral JC. *Enraizamento, conscientização e produção do espaço em Francisco Morato* [undergraduate thesis]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2016. 44 p.
- 28- Bezerra DL. *Francisco Morato - O Boulevard do centro e a apropriação populacional sobre a cidade* [undergraduate thesis]. São Paulo: Escola de Artes, Arquitetura, Design e Moda, Universidade Anhembi Morumbi; 2016. 134 p.
- 29- Vidali A. *A História do Município de Francisco Morato: muito além da cidade-dormitório*. São Paulo: Ed. Gilberto Araújo Rosa; 2019. 84 p.
- 30- Seade Municípios [Internet]. *População | Seade Municípios*; [citado 25 out 2022]. Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>.
- 31- Seade PIB [Internet]. *Municipal (Ranking) | Seade PIB*; [citado 25 out 2022]. Disponível em: <https://pib.seade.gov.br/municipal-ranking/>.
- 32- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. *Francisco Morato (SP) | Cidades e Estados | IBGE*; [citado 25 out 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/francisco-morato.html>
- 33- Consulta Estabelecimento - Identificação [Internet]. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; [citado 25 out 2022]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>
- 34- Cayres AZ. *Avanços e recuos na implantação da Rede de Atenção Psicossocial no Estado de São Paulo: regiões de saúde e pactuações interfederativas* [thesis on Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2020 [citado 27 out 2022]. 259 p. Disponível em:

<https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-13042021-104849>

- 35- Krachenski NB, Holanda AF. Manejo De Crise Nos Centros De Atenção Psicossocial: Uma Revisão Sistemática De Literatura. Revista PsicoFAE. 2019;8(1):23-42.
- 36- Zeferino MT, Cartana MH, Fialho MB, Huber MZ, Bertonecello KC. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. Esc Anna Nery 2016;20(3):1-7.  
Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>
- 37- Bandeira N, Onocko-Campos R. Itinerários terapêuticos de usuários que abandonaram o cuidado em Centros de Atenção Psicossocial (Caps-III). Saúde em Debate [Internet]. Mar 2021 [citado 26 out 2022];45(128):91-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112807>
- 38- Sousa FS, Jorge MS. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2019 [citado 27 out 2022];17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-so100172>
- 39- Kantorski LP, Cardano M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. Saúde em Debate [Internet]. Mar 2017 [citado 27 out 2022];41(112):23-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711203>
- 40- Kantorski LP, Cardano MM. Diálogo Aberto: um método para enfrentamento da psicose. Expressa Extensão. Jun 2017;22(1):13-21.
- 41- Dias MJ. Open Dialogue: a Brazilian experience - Open Dialogue: uma experiência no Brasil. DIVERSITATES International Journal [Internet]. 27 mar 2018 [citado 27 out 2022];9(3):97. Disponível em: <https://doi.org/10.53357/gffq5455>
- 42- Corradi-Webster CM, Rufato LS, Leão EA, Bien C, Reis G. Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de pares. Revista Iberoamericana de Psicología [Internet]. 30 jun 2021 [citado 27 out 2022];14(2):75-85. Disponível em: <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.14208>
- 43- Rufato LS, Corradi-Webster CM, Sade RM, Reis GC, Bien C, Costa MN. Suporte de pares em saúde mental: grupo de Ouvidores de Vozes. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2021;13(36):156-74.

## 7 ANEXOS/APÊNDICES

### ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

##### ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ONLINE - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). Está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a lógica de funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial de Francisco Morato. Esta pesquisa faz parte de um projeto sobre: "Análise da organização do Sistema Único de Saúde e do cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato", que tem como objetivo descrever e analisar a organização do Sistema Único de Saúde e o cuidado oferecido pelo SUS no município de Francisco Morato.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde de Francisco Morato que concordarem em participar. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores (as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. A transcrição da entrevista ficará em posse da coordenadora da pesquisa e ficará armazenada em segurança durante o período de 5 anos.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para para seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Santos Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo email [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8507 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista e concorda com a participação neste estudo?

Data:        /        /

---

Nome do responsável pela entrevista

---

Assinatura do responsável pela entrevista

## **ANEXO B – ENTREVISTA – COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL E GERENTE DE CAPS II - EIXO SAÚDE MENTAL**

### I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde quando está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como coordenador em SM? Ficou quanto tempo como gerente do CAPS II) ?

### Parte 1 - Coordenação de Saúde Mental

### II) ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

- Quando começou a ser organizada a RAPS de Francisco Morato? Atualmente, como é composta a Rede de Atenção Psicossocial de Francisco Morato? Quais serviços/pontos de atenção fazem parte?

- Quais os principais problemas que vocês têm enfrentado, desde o começo até hoje, para a estruturação dessa rede, e para a implantação de um cuidado mais psicossocial?

- Qual é o tipo de contratação que os profissionais da rede básica, da rede especializada (CAPS) e da urgência emergência têm com o município? Qual sua percepção sobre este tipo de contrato para o bom funcionamento desta rede? (Pontos positivos e negativos).

- Existe falta de profissionais nos diferentes pontos de atenção da RAPS municipal? Se sim, de quais profissionais? (Psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores, oficinairos, etc...)

- Qual sua percepção sobre a articulação da atenção básica com a atenção especializada com relação às demandas de saúde mental? (Pontos fortes e fracos).

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, Caps etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões) – Se não tem reuniões? Porque? . Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado no bom funcionamento dessa rede de atenção?

- Existe a prática de matriciamento? Que serviços participam? (quem dá apoio matricial a quem?) Como ela se dá? Quais os pontos fortes e frágeis?

### III) ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA RAPS:

- Como são identificados os problemas de saúde mental no município? Existe alguma forma intencional de rastreamento dessas demandas e necessidades? (instrumento para identificação/rastreamento dos problemas de saúde mental).

- Existe alguma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecido entre os serviços da RAPS, para o uso abusivo de álcool e outras drogas? (papéis de cada serviço). Existem comunidades terapêuticas? Se sim, como elas atuam na RAPS (seu papel na RAPS)?

- Existe uma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecido entre os serviços da RAPS, para as situações de violência (papel da AB, atenção especializada, núcleo de violência e urgência/emergência)? (Para mulheres, crianças e adolescentes, idosos)?

- Existe uma linha de cuidado específica, fluxo de atenção/ protocolos de assistência estabelecida entre os serviços da RAPS, para as situações de crise (papéis de cada serviços)? (para surtos psicóticos, crises de abstinência e intoxicação, crises de pânico e tentativas de suicídio)?

- Existem outras linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM no município, ou na região?

- Qual sua avaliação sobre o uso de psicotrópicos no município? (alto uso, baixo uso, tem aumentado, diminuído, que grupos ou faixas etárias mais usam, etc...). Quais os tipos de psicotrópicos que mais são comprados e distribuídos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação?

- Os profissionais da RAPS (da AB, a especializada, e urgência emergência) realizam visitas domiciliares? Em que situações ou circunstâncias?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com qual periodicidade? (Pontos fortes e frágeis).

- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ ou em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município? Qual é o papel do CAPS II no momento de internação, durante a internação e depois dela?

## Parte 2 - CAPS II

### IV) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Desde quando O CAPS II existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/administração indireta?

- Quais são os horários e dias de funcionamento desta unidade? Este serviço é porta aberta ou funciona também por agendamento prévio de consultas? Quando existe agendamento? (Como isso é feito?)
- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? O número de funcionários é suficiente? Comente.
- Qual o perfil dos usuários atendidos neste serviço? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?
- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? (Mudou durante ou pós pandemia?)
- Quais são as principais demandas, necessidades e problemas de saúde mental, trazidas pelos usuários para o CAPS II? Quais problemas de sofrimento mental vocês têm atendido? Houve alguma alteração dessas demandas durante e após a pandemia? Comente.
- Como normalmente os usuários chegam até o serviço ou ficam sabendo dele? Quem recebe os usuários ao chegar na unidade? (Recepção). Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? Como tem sido feita a avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?
- O que vocês consideram casos de urgência/emergência?
- Você acha que existe alguma barreira de acesso para os problemas psicossociais e relacionados à saúde mental no município? Existe alguma barreira de acesso - algo que dificulte o acesso - ao serviço? Explique.

V) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS II:

- Existem fluxos pré-estabelecidos para o atendimento de usuários do serviço, ou existem múltiplos fluxos dependendo de cada situação?
- Como é feito o planejamento do cuidado em saúde mental? É realizado um PTS com todos os usuários e famílias atendidos? Como ele acontece? Quem participa? Ele é revisto no decorrer do tempo? Em que situações/momentos ele é revisto? Como vocês decidem a frequência dos usuários no CAPS II?
- Existe equipe ou profissional de referência para o acompanhamento do atendimento do usuário na unidade ou entre as unidades da RAPS? Explique.
- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pelo CAPS II para as situações de sofrimento mental? Quais profissionais participam? Essas atividades são fixas no serviço ou mudam dependendo das demandas dos usuários? Como decidem quem participa de qual atividade?
- Quando os casos de saúde mental são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, Núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados? Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados?

- Os usuários atendidos na unidade são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.

- Qual é o papel do CAPS II na atenção à crise (crises psicóticas, crises de pânico e tentativas de suicídio)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Qual sua avaliação do atendimento às situações de crise? (pontos fortes e pontos fracos).

- Como é a dispensação de psicotrópicos no CAPS II? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Existe um critério para sua dispensação? Todos os usuários tomam psicotrópicos? Explique.

- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?

- Os usuários participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem, mudanças na dosagem e momento de interrupção da mesma)? Se sim, como é feito isso? Existem grupos com esta proposta? (GAM, redução de danos de medicações)?

- Qual o papel da família no cuidado? Existe cuidado para as famílias?

- Existem estratégias de reabilitação e reinserção psicossocial? Quais são e como acontecem?

## VI) ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL E TRABALHO NO TERRITÓRIO:

- Existe articulação intersetorial para o cuidado conjunto das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, Equipamentos da Cultura/ esporte, ONGs etc.). Que tipo de articulação existe? O que fazem juntos? Com qual frequência? Comente.

- Os profissionais do CAPS executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?

## **ANEXO C – ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS IJ - EIXO SAÚDE MENTAL**

### **ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS IJ - EIXO SAÚDE MENTAL**

#### **I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de CAPS IJ?)

#### **II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Qual são os horários e dias de funcionamento desta unidade? Este serviço é porta aberta ou funciona também por agendamento prévio de consultas? Quando existe agendamento? (Como isso é feito?)

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação? O número de funcionários é suficiente? Comente.

- Quais o perfil dos usuários atendido neste serviço? (Faixa etária dos usuários, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? (Mudou durante ou pós pandemia?)

- Quais são as principais demandas, necessidades e problemas de saúde mental, trazidas pelos usuários e suas famílias para o CAPSij? Quais problemas de sofrimento mental vocês têm atendido? Houve alguma alteração dessas demandas durante e após a pandemia? Comente.

- Como normalmente os usuários chegam até o serviço ou ficam sabendo dele? Quem recebe os usuários e suas famílias ao chegarem na unidade? (Recepção). Existe um momento de acolhimento dos usuários? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? Como tem sido feita a avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso no município, para problemas psicossociais e de saúde mental de crianças e adolescentes? Existe alguma barreira de acesso - algo que dificulte o acesso - no serviço? Explique.

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Qual é o fluxo de atendimento dos usuários e suas famílias, desde a sua chegada ao serviço até sua inserção em abordagens de cuidado/ encaminhamentos. Existem múltiplos fluxos, ou existem fluxos estabelecidos? Explique.
- Como é feito o planejamento do cuidado dos usuários do serviço? É realizado um PTS com todos os usuários e famílias atendidos? Como ele acontece? Quem participa? Ele é revisto no decorrer do tempo? Em que situações/momentos ele é revisto? Como vocês decidem a frequência dos usuários no CAPSiij?
- Existe equipe ou profissional de referência para o acompanhamento das crianças/adolescentes e suas famílias na unidade, ou entre as unidades da RAPS? Explique.
- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pelo CAPSiij para as situações de sofrimento mental? Quais profissionais participam? Essas atividades são fixas no serviço ou mudam dependendo das demandas dos usuários? Como decidem quem participa de qual atividade?
- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM para crianças e adolescentes do município, ou na região? (Situações de violência ou abuso, autismo, deficiências mental/cognitiva, uso abusivo de álcool e drogas, tentativas de suicídio, crises psicóticas... etc).
- Existe cuidado feito em rede com a participação de mais de um ponto de atenção? (Explique).
- O CAPSiij participa de algum tipo de cuidado, acompanhamento, orientação ou tratamento de situações de sofrimento mental por meio de visitas domiciliares? Quando isso ocorre? Quem participa? O que é feito nessas visitas? Com que frequência? Explique.
- Quando que os casos de saúde mental de crianças e adolescentes são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, Núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados?
- Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados? Os usuários atendidos na unidade são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.
- O que vocês consideram casos de urgência/emergência em saúde mental para crianças e adolescentes? O que consideram de risco alto e risco baixo?
- Qual é cuidado ofertado pela unidade em situações de crise para crianças e adolescentes (crises psicóticas, crises de pânico, tentativas de suicídio, intoxicação ou abstinência por uso de drogas, situações de abuso e violência, situações de negligência)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual? Qual sua avaliação do atendimento à situações de crise em saúde mental para crianças e adolescentes no município? (Pontos fortes e pontos fracos).
- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos para crianças e adolescentes na unidade?

Quais os tipos psicotr3picos mais s3o dispensados (antidepressivos, ansiol3ticos, antipsic3ticos etc.)? Falta psicotr3picos nas unidades? Existe um crit3rio para sua dispensa33o? Todos os usu3rios tomam psicotr3picos?

- Existe a pr3tica de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?

- Os usu3rios e suas fam3lias participam da decis3o a respeito do tratamento medicamentoso (medica33o a ser tomada, dosagem, mudan3as na dosagem e momento de interrup33o da mesma)? Se sim, como 3 feito isso? Existem grupos com esta proposta? (GAM, redu33o de danos de medica333es)?

- Qual 3 a refer3ncia para internaa3o psiqui3trica/ em sa3de mental de crian3as e adolescentes no munic3pio? Em que situa333es esta internaa3o ocorre e por quanto tempo? Qual 3 o papel do CAPSiij no momento de internaa3o, durante a internaa3o e depois dela? Quais os pontos fortes e fr3geis da internaa3o em sa3de mental no munic3pio?

- Qual o papel da fam3lia no cuidado? Existe cuidado para as fam3lias?

- Existem estrat3gias de reabilitaa3o e reinser33o psicossocial? Quais s3o e como acontecem?

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRIT3RIO:

- Como voc3 avalia *o trabalho em rede* dos servi3os que comp3em a RAPS? Os servi3os da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estrat3gias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudan3a durante a ap3s a pandemia?

- Como se d3 a comunica33o entre os servi3os da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuni33es)  
– Se n3o tem reuni333es? Porque? Se tem reuni333es (Com que frequ3ncia e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuni333es t3m ajudado o bom funcionamento dessa rede de aten33o?

- O CAPSiij realiza apoio matricial para outros pontos de aten33o da RAPS? Para quais pontos de aten33o? Quando isso acontece? Como esta pr3tica contribuiu para o cuidado ofertado (pontos fortes e fracos).

- Existe alguma articula33o com outros servi3os para identifica33o das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educa33o, UPA, CAISM) para esta identifica33o. Comente.

- Existe articula33o intersetorial para o cuidado conjunto das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educa33o, Equipamentos da Cultura/ esporte, ONGs etc.). Que tipo de articula33o existe? O que fazem juntos? Com qual frequ3ncia? Comente.

- Os profissionais do CAPSiij executam a333es/atividades com a popula33o na comunidade e no territ3rio? Em que situa333es? Existe alguma articula33o em rede ou intersetorial para essas a333es?

- Existem a333es de forma33o continuada e capacita33o em sa3de mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de a333es? Sobre quais tem3ticas? Quem oferece? Com que frequ3ncia? (Pontos fortes e fr3geis). Voc3 sente falta de algum tipo espec3fico de forma33o/capacita33o na tem3tica de aten33o psicossocial e sa3de mental? Qual?

## **ANEXO D – ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS AD - EIXO SAÚDE MENTAL**

### **ENTREVISTA – GERENTE DE CAPS AD - EIXO SAÚDE MENTAL**

#### **I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de CAPS AD?)

#### **II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Quais são os horários e dias de funcionamento desta unidade? Este serviço é porta aberta ou funciona também por agendamento prévio de consultas? Quando existe agendamento? (Como isso é feito?)

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação? O número de funcionários é suficiente? Comente.

- Quais o perfil dos usuários atendidos neste serviço? (Faixa etária dos usuários, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, atendem população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? (Mudou durante ou pós pandemia?)

- Quais são as principais demandas, necessidades e problemas trazidos pelos usuários e suas famílias para o CAPSad? Existem demandas para além das situações de uso abusivo de substâncias? (Situações de violência, sofrimento mental, problemas de saúde, perdas materiais, desemprego, perdas de moradia, falta de recursos, fome)? As demandas chegam mais por encaminhamento ou são espontâneas? Houve alguma alteração dessas demandas durante e após a pandemia? Comente.

- Como normalmente os usuários chegam até o serviço ou ficam sabendo dele? Quem recebe os usuários e suas famílias ao chegarem na unidade? (Recepção). Existe um momento de acolhimento dos usuários? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? Como tem sido feita a avaliação de risco? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso no município, para problemas psicossociais relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas? Existe alguma barreira de acesso - algo que dificulte o acesso - no serviço? (Com algum grupo específico?). Explique.

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Qual é o fluxo de atendimento dos usuários e suas famílias, desde a sua chegada ao serviço até sua inserção em abordagens de cuidado/ encaminhamentos. Existem múltiplos fluxos, ou existem fluxos pré-estabelecidos? Explique.

- Como é feito o planejamento do cuidado dos usuários? É realizado um PTS com todos os usuários e famílias atendidas? Como ele acontece? Quem participa? Ele é revisto no decorrer do tempo? Em que situações/momentos ele é revisto? Como vocês decidem a frequência dos usuários no CAPS ad?

- Quais são os objetivos do cuidado ofertado pelo serviço aos usuários de substâncias? Como se decidem esses objetivos? Existe estratégia de redução de danos no CAPS ad? Como ela funciona? Mudou alguma coisa durante ou após a pandemia ?

- Existe equipe ou profissional de referência para o acompanhamento dos usuários com uso de álcool e drogas e suas famílias na unidade, ou entre as unidades da RAPS? Explique.

- Quais ações e abordagens de cuidado são oferecidas hoje pelo CAPS ad para as situações de uso abusivo de substâncias? Quais profissionais participam? Essas atividades são fixas no serviço ou mudam dependendo das demandas dos usuários? Como decidem quem participa de qual atividade?

- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos para o abuso de substâncias e suas comorbidades, no município, ou na região?

- Existe cuidado feito em rede com a participação de mais de um ponto de atenção? (Explique).

- O CAPS ad realiza algum tipo de cuidado, acompanhamento ou orientação dos usuários e famílias, por meio de visitas domiciliares? Quando isso ocorre? Quem participa? O que é feito nessas visitas? Com que frequência? Explique.

- Quando os usuários com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, CAPS II, CAPS ij, Núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados?

- Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados? Os usuários atendidos na unidade são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.

- O que vocês consideram casos de urgência/emergência na atenção ao uso de álcool e outras drogas? O que consideram de risco alto e risco baixo?

- Qual é o cuidado ofertado pela unidade em situações de crise (intoxicação ou abstinência por uso de drogas, situações violência, surtos/crise de pânico)? Houve alguma mudança na

frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual? Qual sua avaliação do atendimento a situações de crise para este grupo populacional, no município? (Pontos fortes e pontos fracos).

- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos para pessoas com uso abusivo de substâncias? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos na unidade? Existe um critério para sua dispensação? Todos os usuários tomam psicotrópicos?

- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?

- Os usuários e suas famílias participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem, mudanças na dosagem e momento de interrupção da mesma)? Se sim, como é feito isso? Existem grupos com esta proposta? (GAM, redução de danos de medicações)?

- Qual é a referência para internação psiquiátrica relacionada ao uso de álcool e outras drogas, no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Qual é o papel do CAPSad no momento de internação, durante a internação e depois dela? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

- Vocês têm comunidade terapêutica ou Unidade de Acolhimento no município? Qual é o papel desses equipamentos na RAPS municipal? O que eles fazem? Quem eles atendem? Por quanto tempo? Que papel tem no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas? Que relação tem com os outros pontos de atenção?

- Qual o papel da família no cuidado? Existe cuidado para as famílias?

- Existem estratégias de reabilitação e reinserção psicossocial? Quais são e como acontecem?

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a e após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões)  
– Se não tem reuniões? Porque? Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?

- O CAPSad realiza apoio matricial para outros pontos de atenção da RAPS? Para quais pontos de atenção? Quando isso acontece? Como esta prática contribui para o cuidado ofertado (pontos fortes e fracos).

- Existe alguma articulação com outros serviços para identificação das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Sec. Educação, UPA, CAISM) para esta identificação. Comente.

- Existe articulação intersetorial para o cuidado conjunto das demandas psicossociais? (Rede SUAS, Equipamentos da Cultura/ Esporte, Secretaria do trabalho, ONGs etc.). Que tipo de articulação existe? O que fazem juntos? Com qual frequência? Comente.

- Os profissionais do CAPS ad executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

## **ANEXO E – ENTREVISTA – GERENTE DE UNIDADE BÁSICA - EIXO SAÚDE MENTAL**

### **ENTREVISTA – GERENTE DE UNIDADE BÁSICA - EIXO SAÚDE MENTAL**

#### **I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de USF?)

#### **II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Este serviço é porta aberta ou funciona por agendamento prévio de consultas? Existe demanda espontânea e porta aberta para questões de sofrimento mental? E agendamento específico para saúde mental?

- Quais o perfil do usuário atendido neste serviço? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? Quantos usuários/famílias com demanda de saúde mental?

- Quais são as principais demandas e necessidades de saúde mental trazidas pelos usuários para a UBS? Houve alteração durante e após a pandemia? (Demandas de insônia, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, ansiedade e depressão, tentativas de suicídio, violência, uso abusivo de álcool). Comente.

- Como a UBS atualmente identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental? Quais as principais estratégias? (Visitas? Consultas médicas e de enfermagem? Encaminhamentos? Troca de receitas? Sala de espera? Grupos? Demanda espontânea? Instrumento para identificação/rastreamento?)

- Existe um acolhimento específico para demandas e necessidades psicossociais ou em saúde mental? Explique. (Quem participa e como funciona?). Você acha que existe alguma barreira de acesso para problemas psicossociais e relacionados à saúde mental?

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Quem costuma atender e acompanhar as demandas e necessidades psicossociais e de saúde mental na unidade? Explique.
- Quais ações e abordagens de cuidado em saúde mental são oferecidas hoje pela UBS para as situações de sofrimento mental e psicossocial? Quais profissionais participam?
- É feito um planejamento do cuidado em saúde mental, ou um PTS com os usuários e famílias atendidos?
- Existe apoio matricial para o atendimento de demandas e necessidades em saúde mental? Quem oferece esse apoio? Quando isso acontece? Como esta prática contribui para o cuidado ofertado (pontos fortes e fracos).
- Em que situações problemas de saúde mental são encaminhados para os CAPS do município? Quando são encaminhados para a UPA? Quando são encaminhados para o CAISM? E para o Núcleo de Violência? Existe algum outro tipo de encaminhamento? Como você avalia os encaminhamentos realizados pela UBS para outros serviços?
- Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados? Eles são contra referenciados para a UBS/ESF em outro momento? A UBS continua em contato atendendo demandas de saúde ou acompanhando casos estabilizados e assintomáticos? Explique/ Comente.
- Ocorre algum tipo de rastreamento, cuidado, acompanhamento ou tratamento de situações de sofrimento mental nas visitas domiciliares? Quem participa? Explique.
- Qual é cuidado ofertado pela unidade em situações de crise (crise psicótica, crises de abstinência e intoxicação e tentativas de suicídio)? Houve alguma mudança na frequência dessas situações, durante e após a pandemia? Existe um fluxo ou linha de cuidado em rede para tais situações? Qual?
- Como ocorre hoje a dispensação de psicotrópicos na unidade? Quais os tipos psicotrópicos mais são dispensados (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos etc.)? Falta psicotrópicos nas unidades? Existe um critério para sua dispensação?
- Existe a prática de troca de receitas na unidade? Como e quando acontece?
- Os usuários participam da decisão a respeito do tratamento medicamentoso (medicação a ser tomada, dosagem e momento de interrupção da mesma)? Se sim, como é feito isso?
- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?

### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

- Existe alguma articulação com outros serviços/Secretarias para identificação das demandas psicossociais? (rede SUAS, Sec. Educação, Sec, Esporte, Cultura, UPA, CAISM). Comente.

- Existem linhas de cuidado/fluxos de atenção/protocolos de assistência já estabelecidos em SM no município, ou na região? (situações de violência ou abuso, uso abusivo de álcool e drogas, tentativas de suicídio, crises psicóticas... etc).

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, Caps etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?

- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões)  
– Se não tem reuniões? Porque?

- Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?

- Existe a prática de matriciamento? Como ela tem funcionado? Quando ela acontece? Que serviços e profissionais participam? Quais os pontos fortes e frágeis?

- Os profissionais da unidade executam ações/atividades com a população na comunidade e no território? Em que situações? Existe alguma articulação em rede ou intersetorial para essas ações?

- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da RAPS municipal? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

## **ANEXO F – ENTREVISTA – GERENTE DE UPA- EIXO SAÚDE MENTAL**

### **ENTREVISTA – GERENTE DA UPA - EIXO SAÚDE MENTAL**

#### **I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como gerente de UPA?)

#### **II) ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E ACESSO:**

- Desde quando este serviço existe? Ele é administrado diretamente pela secretaria municipal de saúde ou é uma OS/ administração indireta?

- Quais são os horários e dias de funcionamento desta unidade?

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente este serviço? Qual o tipo de contratação?

- Este serviço é porta aberta e atende demanda espontânea para questões de sofrimento mental? Em que situações? Para que demandas?

- Quais são as principais demandas, necessidades e situações de crise em saúde mental atendidas pela UPA? (Tentativas de suicídio, crises de abstinência ou intoxicação por álcool ou outras drogas, crises de pânico, de mania ou psicóticas, violências). Houve alteração dessas demandas durante e após a pandemia? (Aumento de tentativas de suicídio, crises por uso abusivo de álcool e drogas, crises de pânico ou psicóticas). Comente.

- Como estas demandas e necessidades chegam à UPA? Que pontos de atenção encaminham?

- Como é feita a recepção de usuários em crises associadas ao sofrimento mental? Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Quem realiza? Qual o objetivo dessa atividade? É feita uma avaliação/classificação de risco? De que tipo? Existe alguma priorização de demandas?

- Você acha que existe alguma barreira de acesso para o atendimento às situações de crise e necessidades relacionados à saúde mental na UPA? Existe alguma dificuldade para identificar o problema e atender de forma rápida e efetiva essas situações? Explique.

- Qual o papel do SAMU no atendimento à crises em saúde mental no município? O que substitui o SAMU neste primeiro cuidado? Como eles contribuem neste cuidado? Existe alguma dificuldade relacionada ao atendimento da Ambulância no manejo das situações de crise em saúde mental? (Caso não tenha SAMU: existe algum veículo municipal preparado para o atendimento em urgência/emergências de SM)?

### III) CUIDADO OFERTADO EM SAÚDE MENTAL:

- Quem costuma atender e acompanhar as demandas e necessidades de saúde mental na UPA? (quais e quantos profissionais são responsáveis?) Explique.
- Existem ações de contenção às situações de crise, executadas pela UPA? De que tipo? Quando e como elas são utilizadas?
- Quais são as ações de cuidado oferecidas pela UPA, para usuários em situação de crise relacionadas ao sofrimento mental ou ao uso de álcool e outras drogas? Qual o objetivo do cuidado ofertado pela UPA nessas situações? Explique.
- Existem protocolos de atendimento, fluxos ou linhas de cuidado estabelecidos pelo município, para situações de crise em geral ou para crises específicas (tentativas de suicídio, crises de abstinência ou intoxicação por álcool ou outras drogas, crises de pânico, crises de mania ou psicóticas, situações de violência)? Explique.
- O atendimento às situações de crise é executado em rede, ou seja, é feito concomitantemente por mais de um ponto de atenção? Explique como isso acontece.
- Existe algum momento dialógico e de escuta com o usuário em situações de crise onde se busca compreender o motivo da crise ou seu conteúdo? Os usuários em crise participam da decisão a respeito do tratamento a ser realizado? Explique.
- Os psicotrópicos são administrados a todos os pacientes em situação de crise em saúde mental, ou somente a alguns? Quais os tipos psicotrópicos são mais administrados? Os psicotrópicos são utilizados de forma endovenosa? Em que situações? Existe um critério para sua dispensação? Qual a participação do usuário na decisão sobre o medicamento? Explique.
- Qual é a referência para internação psiquiátrica/ em saúde mental no município? Em que situações esta internação ocorre e por quanto tempo? Quais os pontos fortes e frágeis da internação em saúde mental no município?
- Durante quanto tempo o usuário em crise ou com necessidades relacionadas ao sofrimento mental fica na UPA? Como é feita a continuidade deste cuidado? Existem ações de contra referência? (Voltar para UBS, CAPS, Ambulatório de SM, Núcleo de Violência)? Como isso é feito?
- É feito um planejamento do cuidado em saúde mental (ou um PTS) com os usuários em crise que chegam ao serviço? Se sim, quem participa? Qual o objetivo?
- Os CAPS ou o Ambulatório de Saúde Mental, oferecem apoio matricial, discussões de caso, ou fazem atendimento conjunto com os profissionais da UPA para as situações de crise? Explique.
- Existem equipes ou profissionais de referência da assistência especializada ou básica que acompanham os usuários durante o período que eles ficam na UPA ou internados? Explique.

#### IV) TRABALHO EM REDE E NO TERRITÓRIO:

- Como você avalia o *trabalho em rede* dos serviços que compõem a RAPS? Os serviços da RAPS (UBS, CAPS etc), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Explique (pontos fortes e fracos). Houve alguma mudança durante a após a pandemia?
- Como se dá a comunicação entre os serviços da RAPS? (ex: cartinhas, telefonemas, reuniões)
  - Se não tem reuniões? Porque?
- Se tem reuniões (Com que frequência e com quais objetivos? Quem participa? Como estas reuniões têm ajudado o bom funcionamento dessa rede de atenção?)
- Os profissionais da UPA participam de ações/atividades com a população no território? Em que situações?
- Existem ações de formação continuada e capacitação em saúde mental para os profissionais da UPA? Que tipo de ações? Sobre quais temáticas? Quem oferece? Com que frequência? (Pontos fortes e frágeis). Você sente falta de algum tipo específico de formação/capacitação na temática de atenção psicossocial e saúde mental? Qual?

## **ANEXO G – ENTREVISTA – COORDENADOR DO NÚCLEO DE VIOLÊNCIA**

### **ENTREVISTA – COORDENADOR DO NÚCLEO DE VIOLÊNCIA**

#### **EIXO SAÚDE MENTAL**

##### **I) DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO:**

Nome:

Idade:

Formação:

Função no município:

(Desde está trabalhando em FM? E na área de saúde? E como coordenadora do Núcleo de Violência?)

##### **II) ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:**

1. Desde quando existe o Núcleo de Violência de Francisco Morato e quais são seus objetivos? Ele é municipal e faz parte da área de saúde ou ele é transversal e Inter secretarial? Explique.

2. Quais/quantos profissionais compõem atualmente este Núcleo? Qual o tipo de contratação destes funcionários? O número de funcionários é suficiente para o trabalho? Comente.

3. Como ele funciona? Ele é acionado pelos outros pontos de atenção da rede de saúde? É acionado pelos usuários da rede? É acionado por outras secretarias? Explique.

4. Existe uma estratégia de rastreamento de casos de violência?

5. Que tipos de demandas e problemas este núcleo atende (queixas de violência física, sexual, psicológica? Comente

6. Qual o perfil dos usuários atendidos pelo Núcleo? (Grupos populacionais mais atendidos: faixa etária, sexo, raça, nível sócio econômico, escolaridade, população em situação de rua). Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários, durante e após a pandemia? Qual?

7. Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo Núcleo? Quanto é a demanda mensal de atendimento do Núcleo? (Mudou durante ou pós pandemia?).

8. Como normalmente os usuários chegam até o Núcleo? Quem recebe os usuários que chegam ao Núcleo? (Recepção). Existe um momento de acolhimento do usuário? O que é feito neste momento? Qual o objetivo dessa atividade? Existe uma avaliação de risco? Existe alguma

priorização de demandas?

9. Foi percebido algum aumento dos casos de violência no município durante a pandemia? De que tipo (à mulher, à criança, à adolescentes e à idosos)? Houve verificação ou acompanhamento das ocorrências durante este período?

10. Existe uma linha de cuidado/fluxo municipal ou protocolo de cuidado previamente estabelecido para os diferentes tipos de violência ou para as diferentes populações (crianças/adolescentes, mulheres, idosos)? Explique.

11. Qual é o tipo de cuidado ofertado pelo Núcleo (abordagens de cuidado utilizadas) para essas situações? O que é feito? O cuidado é feito em rede ou apenas pelo Núcleo? Qual a participação de outros pontos de atenção?

12. Quando os casos são encaminhados para outros pontos de atenção? (UBS, UPA, CAISM, CRAS, CREAS, CAPS II, CAPS ad, CAPS, IJ)? Como você avalia os encaminhamentos realizados? Existe monitoramento/acompanhamento dos casos encaminhados? Como acontece o monitoramento/ acompanhamento dos casos encaminhados?

13. Quais os serviços de referência para casos de violência contra criança, adolescentes, mulher e idosos? Como tem sido a articulação entre os serviços?

14. Na sua avaliação, como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra mulheres? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento de mulheres em situação de violência?

15. Na sua avaliação, como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra a criança e adolescentes? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento das crianças e suas famílias?

16. Como tem sido a atuação deste Comitê de Violência frente aos casos de violência contra idosos? Quais os fluxos estabelecidos para o atendimento de idosos em situação de violência?

17. Que tipo de articulação com outros órgãos/ instituições e secretarias vocês tem para o enfrentamento dessas questões? Vocês têm parceria ou fluxo de trabalho conjunto com o SUAS e seus pontos de atenção? Quando? Como isso funciona?

18. O município fez alguma campanha relacionada à violência durante a pandemia?

19. O município fez alguma capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento de casos de violência identificados no território ou nos serviços de saúde?

20. Existe algo a acrescentar sobre o Núcleo que não foi abordado?

